جامعة دمشق
كلية التربية
قسم التربية الخاصة

فاعلية برنامج تدريبي قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد

دراسة تجريبية لدى عينة من أمهات أطفال التوحد في مدينة دمشق

﴿ رسالة أُعدت لنيل درجة الدكتوراه في التربية الخاصة ﴾

إعداد الطالبة:

نسرين نبيه ملحم

إشراف:

الدكتور بسام الطويل

الأستاذ المساعد في كلية التربية الثانية في السويداء

ومشاركة:

الدكتورة ليلى الشريف

الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي

دمشق: 1434–1435 هـ
2013–2014 م

الإهداء

إلى الروح الطاهرة التي تصلي من أجلي في السماء

والدتي

شكر و تقدير

يسعدني أن أتقدم بجزيل الشكر لكل من ساهم بإنجاز هذا البحث وأخصً بالذكر:

*الدكتور بسام الطويل والدكتورة ليلى الشريف لما قدّماه لي من متابعة وإشراف طوال فترة إعداد هذا البحث.

*الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة لتكرمهم بمناقشة هذا البحث.

* الأساتذة الأفاضل أعضاء الهيئة التدريسية في كلية التربية .

* منظمة آمال التي منحتني الكثير على الصعيدين المهني والشخصي.

*أمهات أطفال التوحد اللواتي تكرّمن بالمشاركة في هذا البحث.

* الدكتورة فاتن بركات التي كانت لي نِعمَ القدوة .

*الأستاذ أحمد مصلح الذي تكرم بتدقيق البحث لغوياً.

*كل من قدّم لي دعماً مادياً أو معنوياً: والدي، زوجي ، أخوتي ، أصدقائي، وأخيراً بسمة عمري ابني تامر.

فهرس المحتويات		الصفحة

فهرس الملاحق

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

الفصل الأول

التعريف بالدراسة

- تمهيد

أولاً- مشكلة الدراسة

ثانياً- أهمية الدراسة .

ثالثاً- أهداف الدراسة.

رابعاً- فرضيات الدراسة.

خامساً-حدود الدراسة.

سادساً -مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية.

- **تمهيد:**

أخذ موضوع الإعاقة اهتماماً كبيراً في السنوات الأخيرة، على المستويين العربي والعالمي، فازدادت الأبحاث في هذا المجال كماً ونوعاً، ورافقها تطورٌ في البرامج والخدمات، وأخذت الأبحاث تركّز بوضوح على الجوانب السيكولوجية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة نظراً لما للإعاقة من تأثيرات مباشرة وغير مباشرة على هذه النواحي لدى هؤلاء الأفراد وأسرهم، وبدأت الدراسات الإرشادية والنفسية في مجال التربية الخاصة بالتركيز على تقديم الخدمات للأسر بدلاً من التركيز على الأفراد المعوقين فقط.

فالإعاقة وعلى اختلاف أنواعها، تترك تأثيرها على مختلف جوانب حياة الفرد المعوق مسبّبة ضغوطاً تفرض عليه استراتيجيات خاصة للتكيف معها، وليس هذا بالأمر السهل، فعدم القدرة على التكيف مع الإعاقة قد يسبّب ظهور استراتيجيات غير تكيفية لدى الفرد مما قد يعيقه عن الاستفادة من البرامج التي تُقَدّم له. ولا شك أن هذه الآثار لا تتوقف عند الفرد، بل تمتد لتترك آثاراً سلبية على أسرته بشكل عام، فتتوّلد لديهم ضغوط نفسية عديدة، فالأسرة هي المعايش الأكبر لحدث الإعاقة، وظهورها يفرض على المعوق وعلى المحيطين به ضغوطاً انفعالية واجتماعية وتعليمية واقتصادية (ستيوارت، ١٩٩٦، ٦٥). وقد بيّنت الدراسات حديثاً أن من غير المجدي النظر إلى الفرد بشكل منفصل عن محيطه، لأن العلاقة ما بين الفرد وأسرته علاقة تبادلية فهو يتأثر بها ويؤثر فيها، ولا أحد من أفراد الأسرة يعمل بمعزل عن أفراد الأسرة الآخرين (الخطيب، ٢٠٠١، ٧٠).

إنّ وجود طفل معوق في الأسرة يفرض على كل فرد فيها تحمّل أدوار جديدة (حمدي وأبو طالب، ١٩٩٨، ٤٣)، وهذا في حدّ ذاته قد يكون سبباً في ظهور الضغوط النفسية، الأمر الذي يفرض على الأسرة أن تطوّر استراتيجيات التكيف المناسبة معها، لا على المدى القصير فحسب بل على المدى الطويل أيضاً (الخطيب، ٢٠٠١، ١٠٩)، وهذا يتطلب تقديم مساعدة للأسرة لتقبل الطفل المعوق وتجاوز الأزمة النفسية المرتبطة بالإعاقة. والتوحد كغيره من الإعاقات يعدّ سبباً مباشراً للضغوط النفسية لدى الأسر، حيث يصنّف اضطراب التوحد بأنه من بين أكثر الاضطرابات النمائية التي تسبّب ضغوطاً نفسية مرتفعة لأسر المصابين به، فمشكلات التواصل، التعبير عن المشاعر والانفعالات، والسلوكيات اللاجتماعية، كلها مسببات مباشرة للضغوط النفسية لأسر هؤلاء الأطفال (Gray, 2006, 971).

ويبرز هنا علم النفس الإيجابي وما له من آثار مهمة في تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة وآثارها، فالإيجابية كما عرفها هرتزل تتحقق من خلال عمليات الضبط والتعديل والتكييف والتغيير للبيئة

وعدم الإذعان لمتطلباتها، فهو يجد أن الإنسان الإيجابي هو وحده الذي يتغلب على البيئة. (Hartzel, 2000, 14).

أما باتمان وكرانت (Bateman & Crant, 1993, 103) فيتجهان إلى تغيير البنية العقلية المعرفية بدلاً من التركيز على البيئة، فيعرفان الشخص الإيجابي بأنه الشخص الحر الذي لا يتأثر بالقوى الموقفية وهو يغير بنيته العقلية المعرفية لمعرفة الفرص والاختيار بينها، وتنفيذ ما اختاره فيبادر لأخذ القرار فعلاً ويثابر على تنفيذه حتى يُحدث التغيرات ذات المعنى.

ولعل تعريف (القريطي، ١٩٩٨ ، ٦٨-٦٩) من التعاريف المهمة إذ وجد أن الإيجابية من المؤشرات الهامة على الصحة النفسية السليمة للفرد أو كفاءته – أو مقدرته على- المواجهة الفعّالة للمواقف والمشكلات التي تزخر بها الحياة، وتركيزه على إيجاد حلول لهذه المشكلات بدلاً من التمركز حول ذاته، ومدى صلابته في التصدي للعوائق التي تحول دون بلوغ غاياته وأهدافه المشروعة.

وتتعدد خصائص الإيجابيين ومن أهمها ما ذكره هرتزل (Hartzel, 2000,20) حيث وجد أن الإيجابيين يبحثون عن الفرص المناسبة للتغيير، كما أن لديهم دافعية إنجاز عالية تساعدهم على تغيير الأهداف وتوجيهها وهم يتفادون المشاكل قبل وقوعها، إضافة إلى أنهم مثابرون وقادرون على تحقيق النتائج على المستويات الشخصية والاجتماعية والبيئية.

إنّ تنمية الإيجابية لدى أمهات أطفال التوحد، قد يعمل على مساعدة هؤلاء الأمهات على التوافق الأفضل وخفض الضغوط النفسية لديهن، بما يوفر لهن من تقبل وتعامل أفضل مع إعاقة أطفالهن، وهذا ينعكس إيجاباً على هؤلاء الأطفال، وعلى جو الأسرة بشكل عام.

أولاً- مشكلة الدراسة:

تترك الإعاقة آثارها السلبية على منظومة التكيف المتعلقة بالأسرة عموماً والأم خصوصاً، وقد أشارت العديد من الأدبيات النفسية والتربوية إلى ردود فعل أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة تجاه الإعاقة، التي تتراوح من الصدمة إلى النكران والاكتئاب، وتسوّق الخدمات مروراً بالأمل غير الواقعي والتكيف مع وجودها.(الخطيب،٢٠٠١، ١٥٧). فوجود الأم في موقف غير متوقع يتطلب منها تلبية احتياجات طفلها المعوق وتربيته، قد يوّلد لديها ضغوطاً نفسية تتطلب مهارات محددة لمعالجتها والتغلب عليها.

وقد أكدت ذلك العديد من الأدبيات والدراسات ومنها دراسة رو وبيديل (Rao, and Beidel,2009,437) التي أكدت وجود ضغوط نفسية عالية لدى أسر الأطفال التوحديين ذوي الأداء

المرتفع، وقد ارتبطت معظم هذه الضغوط بخصائص الطفل، وأكدّت الدراسة على ضرورة أن تركّز برامج العمل مع أطفال التوحد على موضوع الضغوط الوالدية، لأنّ هذه الأخيرة تؤثر بشكل مباشر على الطفل والأسرة.

كما وجدت دراسة لـ ايستيس وآخرين (Estes, et. al,2009, 357) درجات عالية من الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد مقارنة بأمهات أطفال لديهم تأخر نمائي، ووجدت الدراسة أيضاً أن مشاكل الأطفال السلوكية كانت أكثر لدى الأمهات اللواتي يعانين من مستويات عالية من الضغوط النفسية في كلا المجموعتين، وقد اقترحت الدراسة توفير برامج وخدمات إرشادية عيادية للأمهات تركز على تعليمهن كيفية التعامل مع سلوكيات أطفالهن، وتساعدهن على التكيف مع ضغوطهن النفسية.

إنّ وجود طفل معوق في الأسرة يخلق شروطاً خاصة وضغوطاً نفسية تعيشها أمهات الأطفال المعوقين (الخطيب،٢٠٠١، ٤٧) ، وهذا ما لاحظته الباحثة من خلال عملها ومشاهداتها الميدانية في مجال تأهيل الأطفال التوحديين وتقديم الخدمات الإرشادية لأسرهم لمدة أربع سنوات، فقد أظهرت عدة أمهات رغبة منخفضة تجاه العمل مع أطفالهن التوحديين نظراً لصعوبة التعامل معهم من جهة، ونتيجة الشعور بالضغط والإحباط من جهة أخرى، كما لاحظت الباحثة أن العديد من الأمهات ونتيجة للضغوط التي يعانين منها قد لا يستطعن وحدهن مساعدة أطفالهن، لاسيّما عندما يكون لهذه الضغوط انعكاسات نفسية واجتماعية وسلوكية على الأسر، الأمر الذي يستدعي وضع البرامج ذات العلاقة للمساعدة على تفهّم مشكلاتهم السلوكية والنفسية.

وتجدر الإشارة إلى اختلاف الضغوط التي تعاني منها أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة باختلاف خصائص الأسرة ومتغيراتها الديمغرافية، فمتغيرات كعمر الأم، ومستواها التعليمي، ومستوى دخل الأسرة، وعمر الطفل، قد تخلق مستويات مختلفة من الضغط لدى هؤلاء الأمهات (الخطيب،٢٠٠١، ١٩٣). ومن جهة أخرى فقد أشارت الأدبيات النظرية إلى الدور الذي تلعبه كلٌ من الموارد المادية وعمر الطفل المعوق ومستوى تعليم الأم في تسهيل حياة الفرد ذي الاحتياجات الخاصة وحصوله على خدمات أفضل (يحيى، ٢٠٠٣، ٣٤، الحديدي والخطيب،١٩٩٦، ٩).

تركّز النظريات المعرفية والعقلانية في العلاج والإرشاد النفسي، على الطريقة التي يدرك بها المرء الأحداث كمتغير ووسيط هام وجوهري في تفسير تلك الأحداث، وفي النتائج أو العواقب التي تتركها في نفس الإنسان (Atkinson, et al., Benjamin, 2001, 517, 2000, 234). فالاتجاه العقلاني الانفعالي يفسّر حدوث الضغوط النفسية من خلال إدراك

الفرد وتفاعله مع الأحداث، فالطريقة التي يفكر بها ويفسّر الأحداث، وما يحمله من معتقدات هي السبب في المشاعر السلبية والمشكلات التكيفية، إذ تتكون المشكلة نتيجة لإدراكاتنا وتفاعلاتنا مع الأحداث وطريقة تفسيرنا لها. (Ellis & Abrams, 1994).

أي أن طريقتنا في إدراك الأحداث تلعب دوراً فاعلاً في تفاعلنا معها، وفي تحقيق أو عدم تحقيق تكيف نفسي أفضل (حسين وحسين،٢٠٠٦،١٦٢)، وقد كشفت العديد من الدراسات عن فاعلية أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي الذي كان رائده أليس (Ellis)، في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لدى الأفراد، حيث يهدف هذا الأسلوب إلى مساعدة المسترشد في التعرف إلى أفكاره غير العقلانية، وتشجّعه على تعديلها، واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية. (مليكة، ١٩٩٤ ، ٢٠٣)

ولا يخرج مفهوم الإيجابية عن هذا السياق إذ أنّ الإيجابية تنطوي على التعامل الإيجابي مع المشكلات، فعندما يكون الإنسان إيجابياً يعرف ماذا يفعل وكيف يفعل، ولماذا، وذلك عندما يتبنى موقفاً إيجابياً مما يدور حوله. ومهارات التفكير الإيجابي، كما أشارت عدّة دراسات كدراسة [كوينغهام وآخرين (Cunningham,2002)، ودراسة جيلبرت وأورليك (Gilbert and Orlick, 2002,64)] هي مهارات ممكنة التعليم للأفراد على اختلاف أعمارهم. وقد وجدت دراسات أخرى مثل دراسة (عبد العظيم، ١٩٨٧، ١٨٧) وجود علاقة بين مفهوم الذات والإيجابية، حيث أكدت أنه طالما كان الفرد متقبلاً لذاته فإنه سيكون أكثر إيجابية وفاعلية في المجتمع، وأكثر قدرة على حل مشكلاته ومواجهتها، ولعلّ مفهوم الذات من أكثر النواحي تأثراً لدى الأسر عند وجود طفل ذي احتياجات خاصة لديهم، ويُلاحظ كثيراً الشعور بالعار مترافقاً مع انخفاض في تقدير الذات لدى تلك الأسر. (الخطيب، ٢٠٠١، ١١٣).

إنّ تمكين الأمهات من مهارات التفكير الإيجابي لمواجهة هذه الضغوط، من شأنه أن يعمل على مساعدة الأمهات على تقبّل ابنائهن المعوقين على اختلاف إعاقتهم، وتبني مواقف إيجابية من أولئك الأطفال من خلال الفهم والاستيعاب، وعدم التسرع فيما يعترضهن من مشكلات وتحديات تتعلق بأبنائهن بما يحقق التكيف النفسي السليم لهن ولأطفالهن، هذا ويعدّ ميدان التربية الخاصة من الميادين الحديثة نسبياً والتي تشهد العديد من الدراسات والأبحاث، لكنها تركز في معظمها على كيفية تأهيل الأطفال وتدريبهم، وكيفية مواجهة مشكلاتهم، في حين لا يزال مجتمعنا المحلي (على حد علم الباحثة)، في حاجة إلى المزيد من البرامج التي تستهدف الأسر وحاجاتها التي تُعتبر الضغوط النفسية من أهمها، مما يخلق حاجةً إلى وضع برامج تدريبية لخفض الضغوط لدى تلك الأسر. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية هذه البرامج ودورها في خفض الضغوط النفسية لدى أسر الأطفال ذوي

الاحتياجات الخاصة، ففي دراسة (عربيات و الزيودي، ٢٠٠٨، ٢٣٠) أشارت النتائج إلى وجود فاعلية للبرنامج الإرشادي المستخدم في خفض الضغوط النفسية لدى أسر ذوي الحاجات الخاصة، كما أشارت النتائج إلى تحسّن في تكيف أطفالها.

من جانب آخر فقد أكدت دراسة آدمز وتيدوال (Adams and Tidwall, 1989, 323) أن البرامج الإرشادية لها تأثير أكبر في خفض مستوى الضغوط النفسية، كما أفاد الآباء، خاصة عندما تُقدّم مع بداية اكتشاف الإعاقة. في حين أشارت القدسي(٢٠٠٥،١٤٩) إلى أهمية الإرشاد الجماعي مع أمهات الأطفال المعوقين، فالتدريب ضمن موقف جماعي يساعدهن على تفريغ انفعالاتهن وتبادل خبراتهن المشتركة، وعلى تغيير أفكارهن واتجاهاتهن السلبية.

ومما سبق نلاحظ أن وجود الإعاقة يترك ضغوطاً نفسية على أمهات الأطفال التوحديين، ومن المعروف أن هذا قد يعمل على خفض المهارات التكيفية لديهن، مما قد يزيد من فرص تعرضهن لخطر المشكلات السلوكية والانفعالية، وبالتالي ينعكس بشكل سلبي على أطفالهن. لذا فإن هذه الضغوط يجب أن تلقى اهتماماً مناسباً من خلال وضع البرامج النفسية ذات العلاقة.

ومن هنا يمكن أن تتلخص مشكلة الدراسة الحالية بالسؤال الرئيس الاتي:

ما فاعلية برنامج قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات أطفال التوحد؟

ثانياً- أهمية الدراسة:

تنبع الأهمية النظرية والتطبيقية لهذه الدراسة من الاعتبارات التالية:

- طبيعة الدراسة التي تهتم بشكل خاص بالضغوط التي تتعرض لها أمهات أطفال التوحد. ومن المعروف أنّ الآثار السلبية تترك ضغوطاً نفسية على الفرد، ومن هنا تأتي أهمية إجراء دراسة ميدانية تكشف عن مستوى شعور الأمهات بالضغط النفسي، ومآل ذلك في حال تمّ تدريبهن على مهارات التفكير الإيجابي للاستفادة من نتائج هذه الدراسة في مجال تقديم الخدمات النفسية والإرشادية لخفض مستوى الشعور بالضغط النفسي، من خلال توفير بيانات لبناء برامج إرشادية لاحقاً.

- الازدياد الكبير في عدد حالات التوحد المشخّصة محلياً وحاجة هؤلاء الأطفال للخدمات، حيث أنّ تقديم البرامج التدريبية للأسر يساعدهم في حل مشكلات أطفالهم.
- إنّ فاعلية تدريب الوالدين على مهارات التفكير الإيجابي لا يعمل فقط على خفض مستوى الضغوط النفسية لديهم، بل يساعدهم أيضاً على تقبل ذواتهم بشكل أفضل، وهذا يساعدهم على أن يكونوا أكثر فاعلية وإيجابية في المجتمع.
- قلة نسبية في الدراسات والبحوث السابقة العربية والأجنبية التي تصدت لدراسة الدور الذي يلعبه التفكير الإيجابي لدى الأمهات في خفض الضغوط الناجمة عن وجود طفل توحدي _في حدود علم الباحثة_ حيث ركزت معظم الدراسات على دراسة فاعلية برامج إرشادية أخرى في خفض تلك الضغوط، وبالتالي يتوقع أن تلفت هذه الدراسة نظر الباحثين إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات في البيئة المحلية. بالإضافة إلى تبصير القائمين على رعاية الطلبة المعوقين وأسرهم بأهمية استخدام مهارات التفكير الايجابي في تخفيض المشكلات النفسية، والضغوط النفسية التي تواجههم أثناء عملهم مع هؤلاء الأطفال.
- إنّ الحاجة إلى إجراء هذا النوع من الدراسات على البيئة المحلية حاجة واضحة وأكيدة، فتصميم برنامج تدريبي قائم على تطوير مهارات التفكير الايجابي، واستخدامه لتخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، من شأنه أن يسهم في تطوير برامج إرشادية أخرى مناسبة لحاجاتهن.

ثالثاً– أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- تصميم برنامج تدريبي قائم على فنيات (المحاضرة، المناقشة الجماعية، والدحض والتفنيد) لتدريب الأمهات على بعض مهارات التفكير الإيجابي (التوقعات الإيجابية والتفاؤل، والضبط الانفعالي، وتقبل الذات، وحب التعلم، والمجازفات الإيجابية، والقدرة على تحمل المعاناة) بهدف خفض مستوى الضغوط النفسية لديهن.

- الكشف عن مدى فاعلية البرنامج التدريبي بعد تطبيقه في تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي لدى أمهات أطفال التوحد.
- الكشف عن مدى فاعلية البرنامج التدريبي بعد تطبيقه في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.
- الكشف عن مدى استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي وخفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، وذلك بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي.

رابعاً– فرضيات الدراسة:

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية بعد تطبيق البرنامج التدريبي.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية بعد تطبيق البرنامج التدريبي.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية في القياسيّن القبلي والبعدي.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية في القياسيّن القبلي والبعدي.
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية في القياسيّن البعدي والمؤجل.
٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية في القياسيّن البعدي والمؤجل.

خامساً– حدود الدراسة:

١. الحدود الزمنية: أجريت الدراسة في العام الدراسي (٢٠١٢/٢٠١٣).

٢. الحدود المكانية: طبقت الدراسة في المنظمة السورية للمعوقين آمال الواقعة في مدينة دمشق.

٣. الحدود البشرية: بلغت عينة الدراسة (٢٤) أمّاً من أمهات أطفال توحد قسمت إلى مجموعتين متجانستين (١٢) أماً للمجموعة التجريبية و(١٢) أمّاً للمجموعة الضابطة.

سادساً– مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية:

١. **الفاعلية** (The Effectiveness):

يقصد بالفاعلية مدى تحقيق أهداف النظام أو البرنامج (القلا وناصر،١٩٩٦، ٣١٧) وتُعرّف إجرائياً في هذه الدراسة بأنها التغيرات المرغوبة التي يحدثها البرنامج التدريبي بعد تطبيقه في تنمية مهارات التفكير الايجابي وخفض مستوى الضغوط النفسية والتي يمكن قياسها بالفرق بين درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياسي التفكير الإيجابي والضغوط النفسية في القياسين القبلي والبعدي لهما.

٢. **البرنامج التدريبي** (Training Program):

عرّف الحسن وشهاب البرنامج التدريبي على أنه: "خطة هادفة لأداء بعض العمليات المحددة بدقة، ومصممة لبحث أي موضوع يختص بالفرد أو المجتمع (الحسن وشهاب، ١٩٩٠، ٢٢٠). كما عرّف جاي البرنامج التدريبي بأنه" مجموعة من المعطيات والتوجيهات والتدريبات الضرورية لتنفيذ سلسة من العمليات المحددة بأهداف مرغوب فيها"(جاي ،١٩٩٣، ٤٩).

ويعرّف البرنامج التدريبي في هذه الدراسة بأنه مجموعة من النشاطات النظرية والتطبيقية المخطط لها بدقة وعناية من حيث الأهداف والمحتوى والزمن والفنيات والمتعلقة بتنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي (التوقعات الإيجابية والتفاؤل، والضبط الانفعالي، وتقبل الذات غير المشروط، وحب التعلم والتفتح المعرفي الصحي، والمجازفات الإيجابية، والقدرة على تحمّل المعاناة)، عن طريق تدريب أمهات أطفال التوحد (أفراد العينة التجريبية) على هذه المهارات باستخدام مجموعة

من الفنيات والطرائق التدريبية (المحاضرة، المناقشة الجماعية، الدحض والتفنيد) مع التركيز على تقديم التعزيز والتغذية الراجعة، والتأكد من تحقق الأهداف بعملية تقويم قبل تطبيق البرنامج وبعده.

٣. **التفكير الإيجابي** (Positive Thinking):

يُعرّف التفكير الإيجابي بأنه استراتيجية في التفكير يكتسبها الإنسان من خلال التعليم، وهي تنتج بشكل أساسي عن تعديل الفرد للأفكار السلبية عن نفسه والآخرين، وتقوده إلى تحقيق نجاحات في حياته تنعكس على الفرد والمجتمع.

أما مهارات التفكير الإيجابي التي تمّ تنميتها لدى أمهات أطفال التوحد فهي:

- **التوقعات الإيجابية:** عرفها إبراهيم : بأنها تحقيق المكاسب في مختلف جوانب حياة الفرد، وزيادة مستوى تفاؤله وما يتوقعه من نتائج إيجابية في مجالات حياته الصحية والشخصية والاجتماعية والمهنية (إبراهيم، ٢٠١١، ١٣١).

- **التفاؤل** :عرفه الأنصاري بأنّه النظرة الإيجابية والإقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأشياء بدلاً من حدوث الشر أو الجانب السيء؛ فالتفاؤل استعداد يكمن داخل الفرد الواحد للتوقع العام لحدوث الأشياء الجيدة أو الإيجابية، أي توقع النتائج الإيجابية للأحداث القادمة (الأنصاري، ١٩٩٨، ٤٧). وتُعرّف (التوقعات الإيجابية والتفاؤل) إجرائياً بأنها الدرجة التي تحصل عليها الأم على مجال التوقعات الإيجابية والتفاؤل في مقياس التفكير الإيجابي.

- **الضبط الانفعالي (مركز الضبط):**

مركز الضبط هو مدى إدراك الفرد بوجود علاقة سببية بين سلوكه وبين ما يتلو هذا السلوك من مكافأة أو تدعيم.

ويُقصد بالضبط الخارجي: إدراك الفرد للتدعيم على أنه يتبع بعض السلوكيات الصادرة منه ولكنه لا يعتمد كلية على سلوكه، بل يعتمد على الحظ او الصدفة أو القدر، أو كأنه تحت تحكم آخرين أقوياء، أو كأنه لا يمكن التنبؤ به بسبب التعقد الشديد للقوى المحيطة بالفرد.

أما الضبط الداخلي فهو إدراك الفرد للتدعيم الصادرة منه، وأنه يعتمد على سلوكه أو مواصفاته الثابتة نسبياً. (بني خالد، ٢٠٠٩، ٤٩٣)

وتُعرّف إجرائياً بأنها الدرجة التي تحصل عليها الأم على مجال الضبط الانفعالي في مقياس التفكير الإيجابي.

- **حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي:**

يُعرّفها إبراهيم بأنها اتجاهات الفرد الإيجابية نحو إمكانيات التغيير والتطور الاجتماعي والشخصي، والاهتمام بالمعرفة وحب التعلم والاطلاع على ما هو جديد وملائم لتحقيق الصحة النفسية (إبراهيم، ٢٠٠٨، ١٥٢).

وتُعرّف إجرائياً بأنها الدرجة التي تحصل عليها الأم على مجال حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي في مقياس التفكير الإيجابي.

- **تقبل الذات:**

تقبل الذات أو تقدير الذات هو مصطلح تناوله كارل روجرز (K.Rogers) حيث عرّفه بأنه اتجاهات الذات التي تنطوي على مكونات انفعالية وسلوكية، أما في الموسوعة النفسية فتقدير الذات هو سمة شخصية تتعلق بالقيمة التي يعطيها الفرد لشخصيته (زبيدة، ٢٠٠٧، ٣١) . وتعني أن يعرف الفرد ذاته وما تنطوي عليه من قدرات وعمليات وجدانية معرفة سلوكية تؤثر على تصرفاته (منصور، ٢٠٠٠، ١١٢).

وتعرّف إجرائياً بأنها الدرجة التي تحصل عليها الأم على مجال تقبل الذات غير المشروط في مقياس التفكير الإيجابي.

- **المجازفات الإيجابية:**

يُعرّف هرتزل (Hartzel) المجازفات الإيجابية بأنها الطرائق التي تعتمد على موازنة السلبيات والإيجابيات لنمط وطبيعة الموقف الخطر، أي أنها تتطلب أخذ المخاطرة لكن بشكل مدروس، حيث تنظر هذه الفكرة إلى أن حياتنا تنطوي على المخاطرة بشكل أو بآخر، والخطر شيء لابد

مـن وجـوده وهـدفنا لـيس الـتخلص مـن الخطـر وإنمـا تخفيـف آثـاره قـدر الإمكان (Hartzel, 2000,24).

وتُعرّف إجرائياً بأنها الدرجة التي تحصل عليها الأم على مجال المجازفات الإيجابية في مقياس التفكير الإيجابي.

- **القدرة على تحمّل المعاناة:**

وتعني قدرة الفرد على مواجهة ضغوط الحياة بشكل عام أو الضغوط التي تنطوي عليها مواقف الحياة، أي مواجهة الضغوط بدلاً من اللجوء إلى الأساليب الهروبية. (رحال، ١٩٩٥، ٧).

وتُعرّف إجرائياً بأنها الدرجة التي تحصل عليها الأم على مجال القدرة على تحمل المعاناة في مقياس التفكير الإيجابي.

٤. **الضغط النفسي** (Psychological stress):

مجموعة ردود أفعال الفرد الجسديّة، والنفسيّة، والمعرفية، والسلوكيّة، نتيجة إدراكه مثيرات أو عوامل بيئيّة داخليّة أو خارجيّة، وتفاعله معها على أنها مرهقة تتجاوز قدرته على التكيّف وتهدد وجوده. وتعرف هذه العوامل باسم مصادر أو مسببات الضغط النفسي.

وتُعرّف الباحثة الضغوط النفسية إجرائياً بأنها الدرجة التي تحصل عليها الأم على مقياس الضغوط النفسية.

٥. **التوحد** (Autism):

يعرّف التوحد الطفولي حسب التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية (**ICD-10**) بأنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة والمتمثلة في: ظهور تأخر في التطور النمائي قبل سن الثالثة من العمر، حيث يظهر هذا التأخر في الوظائف التالية: التفاعل الاجتماعي التبادلي، التواصل، بالإضافة إلى ظهور سلوكيات محددة بشكل متكرر ونمطي.وقد يترافق ذلك مع مشكلات أخرى كالخوف المرضي، اضطرابات في النوم والأكل، نوبات الغضب، والعدوان الموجه نحو الذات.
http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F8,download,10.6.2014

ويُعرّف الأطفال التوحديون من الناحية الإجرائية بأنهم الأطفال المسجّلون في مراكز الإعاقة في مدينة دمشق، والمشخّصون من قبل تلك المراكز بأنهم يعانون من اضطراب طيف التوحد بنوعيه

(التوحد الطفولي والتوحد اللانمطي) وفقاً للأدوات التشخيصية المستخدمة فيها، وتتراوح أعمارهم بين (٣-١١) سنة.

٦. أمهات أطفال التوحد:

هن أمهات الأطفال المشخّصين بوجود توحدٍ لديهم، والملتحقين بمراكز خاصة في مدينة دمشق.

الفصل الثاني - الإطار النظري

المحور الأول: التوحد.

مقدمة.

أولاً: تعريف التوحد.

ثانياً: نسبة انتشار اضطراب التوحد.

ثالثاً: الخصائص والسمات الأساسية لاضطراب التوحد.

رابعاً: تشخيص التوحد.

الفصل الثاني

المحور الأول – التوحد

تمهيد:

يُعتبر التوحد أحد الاضطرابات النمائية التي تشغل العلماء والباحثين، وتدفع بهم إلى إجراء آلاف الدراسات والأبحاث في مختلف الميادين كالطب، والبيولوجيا، والوراثة، وعلم النفس، والتربية الخاصة، وغيرها، آملين في إيجاد سبب واضح لهذه الإعاقة الغامضة دون جدوى حتى الآن. فثمّة إجماع على أن كلّ ما كتب عن تلك الأسباب يبقى مجرد افتراضات تحتاج للمزيد من الدعم بالأدلة العلمية.

وللتوحد أعراضٌ تجعله حالة مدهشة؛ فقد تسأل الطفل التوحدي عن اسمه فيدير رأسه، وقد تهديه لعبة جديدة فلا يلتفت إليها لأكثر من ثانية، وفي الوقت الذي يجتمع فيه أقرانه على لعبة معينة يبتعد عنهم غير مكترث بما يقومون به، منشغلاً بالإمساك برباط أو علبة فارغة، ينزعج كثيراً إذا ما انُتزعت منه. وغالباً ما تراه يضحك أو يبكي دون سبب واضح، أو يقفز هنا وهناك بشكل مفاجئ مُرفرفاً بيديه أو مُؤرجحاً جسمه مُتلفظاً بكلمات غير مفهومة.

هذه الأعراض حرّضت العديد من العلماء والباحثين على دراستها، فكان أولهم الطبيب النفسي الأمريكي ليو كانر (Leo Kanner)، الذي أجرى دراسة عام ١٩٤٣ على مجموعة من الأطفال لاحظ أن لديهم جملة من الصفات تختلف عن الاضطرابات المعروفة في ذلك الوقت، كالإصرار الكبير على الروتين، وعدم القدرة على الكلام، والضعف في التواصل البصري والتفاعل الاجتماعي، وقد أطلق Kanner على الحالة التي تتصف بتلك المجموعة من السلوكات اسم التوحد الطفولي (Infantile Autism).

يتمثل أحد مؤشرات حضارة الأمم وازدهارها في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتها العادية والمعوقة، ويتجلى ذلك بوضوح في مدى ما توليه لشباب المستقبل من عناية واهتمام، وتوفير امكانات النمو الشامل لهم من كافة الجوانب؛ مما يساعد في إعدادهم لحياة اجتماعية واقتصادية وسياسية ناجحة يؤدي فيها كل منهم دوره في خدمة المجتمع مهما يكن حجم اسهامه. وما ينتج عن هذا التفاعل من تجاذب وتنافر، أوصراع وتعاون وغير ذلك من نتائج، وأطراف هذا التفاعل متعددة وأجياله متعاقبة داخل الأسرة. ومما لا شك فيه بأن حالة إعاقة واحدة في أي أسرة تشكل صدمة كبيرة لها، كما تسبب مشاكل عاطفية عديدة، وأعراض

ضيق لا يمكن التغاضي عن آثارها؛ نظراً لما تتركه من آثار نفسية لدى الوالدين. فوجود فرد معوق في الأسرة يعد حادثة ضاغطة شديدة في حياتها.

ومن واجبات الأسرة كنظام اجتماعي يقوم على تربية الأفراد، تقديم الرعاية النفسية والاجتماعية والتعليمية لأفرادها، والعناية بالفرد وتوجيهه نحو الإصلاح والخير، وفي حالة وجود طفل معوق فيها، فهي تكافح في مواجهة الضغوط التي يفرضها وجود هذا الطفل، لحاجته للعناية الطبية والإشراف (Mcdonald & Gregoire, 1997, 64).

ويُشكّل وجود طفلٍ معوق في الأسرة مصدر ضغط بصورة مباشرة أو غير مباشرة، فالأسرة تعاني من ارتفاع مستوى الضغط النفسي والحزن والأسى والألم والإجهاد المستمر، ويتضح من خلال الدراسات المتخصصة والمصادر العلمية المختلفة أنَّ الطفل المعوق يُعرّض الوالدين وخصوصاً الأم لكثير من المشكلات النفسية والعضوية التي تعكس ارتفاع مستوى الضغط النفسي لديهما. وتتعرض بعض الأسر للتصدع وإلى عدم الرضا الزواجي جرّاء إنجاب طفل معوق.

ونظراً لإدراك الباحثة خطورة تأثير الضغط النفسي على أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وتنوع مصادر ذلك الضغط، إضافة إلى استمرار وجوده، تهدف هذه الدراسة إلى معرفة تلك الضغوط ومصادرها لدى أمهات الأطفال التوحديين علّها تسهم في تطوير الأساليب والإجراءات المناسبة لمواجهة تلك الضغوط.

أولاً: تعريف التوحد:

تعتبر إعاقة التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر شيوعا في الوقت الحاضر، ويبدأ ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة؛ فالأطفال التوحديون يعانون من قصور شديد في التفاعل الاجتماعي، ومهارات العناية بالذات، لذا فهم يُمثلون فئة تختلف عن غيرها من فئات ذوى الاحتياجات الخاصة بما يجعلهم في حاجة إلى إعداد برامج تربوية، وبرامج علاجية مناسبة لهم.

وقد تعددت المصطلحات حول مفهوم التوحد حيث أطلق عليه بعض الباحثين الذات، أو الأنانية (الحفني، ١٩٧٨، ٨٠)، وهناك من يسميه الاجترار، أو الاجترارية، أو اجترار الذات (الشخص والدماطي، ١٩٩٢، ٥٢)، والبعض الآخر أطلق عليه مصطلح الانغلاق الطفولي، أو الانغلاق النفسي (عماره، ١٩٩٩، ١٠)، كما يسميه آخرون الذهان الذاتوي، أو التوحد الطفولي (عكاشة، ١٩٩٢، ٦٤٢) أو فصام الطفولة (سوين،

١٩٧٩، ٧٥٣)، وهناك من يسميه الفصام الذووي (القذافي، ١٩٩٤، ١٥٩)، وهناك من يسميه الأوتيزم أو الأوتيسية (موسى، ٢٠٠٢، ٣٨٧)، ويطلق عليه البعض التمركز الذاتي (عبد الرحيم، ١٩٨٣، ٢٨٦)، والبعض يسميه التوحد (الشربيني، ٢٠٠٠، ١٢؛ سليمان، ٢٠٠١، ٧ ؛ باظة، ٢٠٠١،٧٢؛ دسوقي، ١٩٨٨، ١٥١؛ القربوطي وآخرون، ١٩٩٥، ٣٦٦؛ بدر، ١٩٩٧، ٧٣١؛ الشربيني، ٢٠٠٠، ١٢؛ قنديل، ٢٠٠٠، ٤٧؛ باظة، ٢٠٠١، ٧٢؛ سليمان، ٢٠٠١، ٧)، وأحيانا يُسمى التوحدية (عبدالله، ٢٠٠٢، ٣٦)

ويُطلق عليه بعض الباحثين متلازمة كانر Kanner's Syndrome (الأشول، ١٩٨٧، ١١٢؛ عبد الحميد وكفافي، ١٩٩٥، ٣١٥؛ الشخص والدماطى، ١٩٩٢، ٥٢-٥٣).

وتأخذ الباحثة مصطلح "التوحد"؛ لأنه أكثر المصطلحات التي اتفق عليها الكثير من الباحثين والأكثر دقة لفظياً، وتعرض في الفقرات التالية التعريف الشكلي لهذا المصطلح:

ويذكر الشخص والدماطي أن التوحد له عدة معانٍ، منها: اجترار الذات، الإجترارية، استثارة الذات والأتوسية، ويقصدان به اضطراباً شديداً في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (٣٠-٤٢) شهراً، ويؤثّر في سلوكهم؛ فمعظم هؤلاء الأطفال يفتقدون الكلام المفهوم ذا المعنى الواضح، كما يتصفون بالانطواء على النفس، وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر، وقد ينصرف اهتمامهم إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية (الشخص والدمياطي، ١٩٩٢، ٤٢).

بينما يرى عز الدين أن التوحد يعتبر اضطراباً يتعلق بنمو الدماغ مع وجود بعض الملامح المميزة والخاصة بالإعاقة التواصلية، وبعض الاهتمامات الطقوسية غير القابلة للتغيير (عز الدين، ٢٠٠١، ١٨).

ويقرر سيسالم بأن الإجترارية والأوتوسية والتوحد مصطلحات تستخدم للتعبير عن الخصائص الشائعة عند كثير من الأطفال المضطربين سلوكياً، خاصة ممن لديهم اضطرابات سلوكية حادة مثل الانطواء الشديد، والتمركز حول الذات، والانشغال بالعالم الخارجي (سيسالم، ٢٠٠٢، ٤٨).

ويذكر الرخاوي أن التوحد الطفولي نوع من الانغلاق على الذات منذ الولادة حيث يعجز الطفل حديث الولادة عن التواصل مع الآخرين بدءاً من أمه، وقد ينجح في عمل علاقات جزئية مع أجزاء الأشياء المادية، وبالتالي يُعاق نموه اللغوي (الرخاوي، ٢٠٠٣، ٥٦).

ويرى الشربيني أن التوحد يُعتبر من الاضطرابات النمائية التي تعزل الطفل المصاب عن المجتمع دون شعوره بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية، فينخرط في مشاعر وأحاسيس وسلوكيات ذات مظاهر تعتبر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون معه، بينما يعايشها هو بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها عن أحاسيسه ومشاعره بطريقته الخاصة (الشربيني، ٢٠٠٤، ١٠٣).

ويقرر عماره أن التوحد حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة (المختلطة) يغلب فيها على الطفل الانسحاب، والانطواء، وعدم الاهتمام بوجود الآخرين، أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل أي تواصل معهم وخاصة التواصل البصري، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد فيغلب عليه ترديد أو تكرار ما يقوله الآخرون، أو الاجترار، ولديه سلوك نمطي، وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها، ويتميز عن غيره من حالات الإعاقات الأخرى بمجموعة من الخصائص المميزة والمتغيرات المعرفية (عماره، ٢٠٠٥، ١٨).

أما الجمعية الأمريكية للتوحد (The Autism Society of America) فتجد أن هناك سمات يتميز بها التوحدي هي: الاتصال اللفظي وغير اللفظي، التفاعل الاجتماعي، القصور الحسي للعب، حيث يعاني الطفل التوحدي من نقص في التلقائية أو اللعب التخيلي، السلوكيات حيث يحتمل أن يكون الطفل التوحدي شديد النشاط أو سلبياً جداً (زيتون، ٢٠٠٣، ١٧٣). وقد عرفّت هذه الجمعية اضطراب التوحد على أنه نوع من الاضطرابات في تطور ونمو الطفل، وتظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، تؤثر على مختلف نواحي النمو بشكل سلبي، وتتأثر النواحي الاجتماعية، والتواصلية العقلية المعرفية أو الانفعالية والعاطفية والسلوكية، كما يقترح التعريف أسباباً نيورولوجية فيزيولوجية تؤثر على المخ.

ويذكر سلامة أن التوحد حالة تصيب بعض الأطفال عند الولادة أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة تجعلهم غير قادرين على تكوين علاقات اجتماعية طبيعية، وغير قادرين على تطوير مهارات التواصل، ويصبح الفرد منعزلاً عن محيطه الاجتماعي، ويتقوقع في عالم مغلق يتصف بتكرار الحركات والنشاطات (سلامة، ٢٠٠٥، ١٥).

وتتبنى الباحثة تُعريف التوحد الطفولي حسب التصنيف العالمي للاضطرابات النفسية (**ICD-10**) الذي يجد أنّ التوحد هو أحد أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة والمتمثلة في: ظهور تأخر في التطور النمائي قبل

سن الثالثة من العمر، حيث يظهر هذا التأخر في الوظائف التالية: التفاعل الاجتماعي التبادلي، التواصل، بالإضافة إلى ظهور سلوكيات محددة بشكل متكرر ونمطي.وقد يترافق ذلك مع مشكلات أخرى كالخوف المرضي، اضطرابات في النوم والأكل، نوبات الغضب، والعدوان الموجه نحو الذات.
http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F8,download,10.6.2014

من خلال استعراض التعريفات السابقة يتبين ما يلى:

١- توجد اختلافات في تحديد مصطلح واحد لإعاقة التوحد؛ فيطلق عليها مسميات عديدة؛ فالبعض يسميها توحد الطفولة المبكر، والتوحد الطفولي، أو التوحدية والبعض الآخر يسميها التوحد، أو الإجترارية أو اجترار الذات، الانغلاق على الذات، الانشغال بالذات أو استثارة الذات، الأوتوسية، وبرغم تعدد التسميات إلا أنها تشير إلى كلمة أجنبية واحدة (Autism)، وأكثر المصطلحات استخداماً في الوقت الراهن هو إعاقة التوحد.

٢- إن الإصابة بالتوحد تكون خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل.

٣- اتفاق معظم التعريفات على أن الطفل التوحدي يكون لديه نزعات انسحابية وانطوائية شديدة من الواقع المحيط به، وينشغل بذاته أكثر من العالم الخارجي، مما يؤدى إلى فساد العلاقات الاجتماعية بينه وبين الآخرين، وهذا بدوره يقود إلى قصور واضح في اللغة، مما قد يؤدي إلى صعوبة في التواصل اللفظي أو غير اللفظي، وعدم القدرة على استخدام الضمائر، والإصرار على طقوس نمطية معينة، ويحدث هذا بنسبة تتراوح ما بين (٢-٤) من بين كل عشرة آلاف طفل.

وعليه فإن التوحد اضطراب عصبي بيولوجي يُؤثّر في التفاعل الاجتماعي، وتواصل اللغة، وسلوك الطفل، وقابليته للتعلم والتدريب، ويأخذ عدة مظاهر منها تأخر النمو اللغوي أو انعدامه، نوبات الغضب، والبكاء، والضحك بدون سبب، وعدم الخوف من الخطر، واللعب بطريقة شاذة، وصعوبات في مهارات العناية بالذات "الطعام والشراب، ارتداء الملابس، الإخراج، النظافة الشخصية.

ثانياً: نسبة انتشار اضطراب التوحد:

يظهر اضطراب التوحد في جميع أنحاء العالم، وفي جميع الطبقات الاجتماعية والثقافية دون استثناء، ولكن الدراسات الإحصائية التي توفر نسباً رقمية حقيقية دقيقة عن مدى انتشاره قد تكون قليلة في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وأستراليا ودول أوروبا، وهي نادرة في الوطن العربي ودول أفريقيا.

ففي أمريكا يشير التقرير الصادر عن الجمعية الأميركية للتوحد (Autism Society of America, 2007) أن طفلاً واحداً من بين (١٥٠) طفلاً يولدون يومياً ولديهم اضطراب التوحد، ويزداد شيوعه بين الذكور مقارنة بالإناث بنسبة (٤) إلى (١). www.autism-society.org

وحسب (زريقات،٥٠،٢٠٠٤) فإنّ نسبة انتشار التوحد الكلاسيكي تصل إلى ١.٦/١٠٠٠ حالة، أما بالنسبة لاضطرابات طيف التوحد فتقدّر نسبتها بحوالي ٢.٦/١٠٠٠ حالة.

وفي الوطن العربي، ما زال هناك قصورٌ واضحٌ في الدراسات الإحصائية، كما في الجهات المتخصصة في هذا المجال، إضافة إلى انحسار التشخيص في المدن الكبرى، وقلّة المقاييس التشخيصية المقننة وعدد الكفاءات المؤهلة للتشخيص. (الشامي، ٢٠٠٤، ٣٤)

أما محلياً فلم تُجرى أي إحصائية علمية موثقة حول نسب انتشار اضطراب التوحد –وذلك في حدود علم الباحثة–، وما هو موجود فهو عدد الأطفال المسجلين بالمراكز والجمعيات الأهلية، وهذا الرقم لا يعكس واقع انتشار اضطراب التوحد في المجتمع السوري.

ثالثاً: الخصائص الأساسية للأطفال التوحديين:

من خلال مراجعة للأدبيات والدراسات التي تتناول اضطراب التوحد وجدت الباحثة أن الأطفال التوحديين يُظهرون مجموعة من السلوكات المترابطة يُستدل عليها من خلال أنماط السلوك الملاحظ، إضافة إلى مجموعة من الخصائص والقدرات تختلف من حالة إلى أخرى تبعاً للعمر وتفاوت القدرات الإدراكية والتطور اللغوي وطبيعة وكم الخبرات وسرعة التدخل المبكر، وهذا ما يُعبَر عنه بدرجة شدة الاضطراب عند الطفل التوحدي، ويتميز التوحد بمجموعة من الأعراض والخصائص التي يمكن الرجوع إليها عند التشخيص، تتمثل فيما يلي:

١) ضعف التفاعل الاجتماعي:

يعتبر ضعف التفاعل الاجتماعي من أكثر الأعراض دلالة على وجود إعاقة التوحد، حيث أنّ الطفل التوحدي يبتعد عن إقامة علاقات اجتماعية مع غيره، ولا يرغب في صحبة الآخرين، أو تلقي الحب والعطف منهم، كما أنه لا يستجيب لانفعالات الوالدين، أو مبادلتهم نفس المشاعر، ولا يستجيب لما يصل إليه من مثيرات من المحيطين به في بيئته، ويظلّ الطفل معظم وقته ساكناً لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ما ابتسم فإنما يكون لأشياء دون الناس، ويضيف كلٌّ من خطاب (٢٠٠٥، ١٥)؛ وزيتون (٢٠٠٣، ٢٥) أن الطفل التوحدي يعاني من وحدة شديدة، وعدم استجابة للآخرين، ناتج عن عدم القدرة على فهم اللغة واستخدامها بشكل سليم، وقصور شديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين، وعدم الاندماج مع المحيطين به، وعدم استجابته لهم، وميله الدائم للتوحد بعيداً عنهم، ومقاومته محاولاتهم التقرب منه أو معانقته.

وتشير الحلبي (٢٠٠٥، ٥٥) إلى أن القصور في السلوك الاجتماعي لدى أطفال التوحد يمكن تحديده في ثلاثة مجالات هي:

أ. **التجنب الاجتماعي: Socially Avoidant**

يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يتهرب هؤلاء الأطفال من الأشخاص الذين يودون التفاعل معهم.

ب. **اللامبالاة الاجتماعية: Socially in different**

يُوصف أطفال التوحد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

ت. **الإرباك الاجتماعي: Socially awkward**

يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعلّ الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي من أبرز أسباب الفشل في استمرار علاقاتهم مع الآخرين.

وقد أكدّت ما سبق دراسة جيلسون (Gillson, 2000) التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحديين، والأطفال المتخلفين عقلياً في المواقف، والتفاعلات الاجتماعية، والسلوك الانسحابي من خلال برنامج تدريبي على تنمية بعض المهارات الاجتماعية، حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحديين هم

الأقل في تفاعلاتهم الاجتماعية، والأكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وذلك قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً.

وكذلك دراسة كارينتيوري ومرجان (Carpenturi & Morgan, 1996) التي استهدفت التعرّف على السلوك الاجتماعي، والسلوك الموّجه لدى الأطفال التوحديين، والأطفال المتخلفين عقلياً، وقد بيّنت نتائجها أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور في التبادل، والتواصل البصري بالعين، والتواصل مع الآخرين بشكل حاد وذلك بمقارنتهم مع الأطفال المتخلفين عقلياً. وتتفق مع هذه النتائج دراسة جانزليا (Ganzalea, 1997) إذ أشارت إلى أن الأطفال التوحديين في حاجة ماسة للبرامج العلاجية لأنهم أكثر الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة الذين يعانون من حدّة في بعض الاضطرابات السلوكية، ولأنهم أيضاً أقل تعلقاً بالأم من أقرانهم المتخلفين عقلياً، حيث لم يفضّلوا صوت الأم بل أنهم كانوا يفضّلون الضوضاء الناتجة عن أصوات مركبة، أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية، وذلك بشكل دالٍ قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً الذين كانوا يفضّلون صوت الأم.

ويشير الباحثون إلى أن "الانسحاب من المواقف الاجتماعيةٌ واحدٌ من الأعراض المتداولة عن الطفل التوحدي ، كما أكدّت نتائج دراسات كلٍ من [عبد الله (٢٠٠٢)؛ وبخش (٢٠٠٢)؛ وعمارة (٢٠٠٥)] على أن الأطفال التوحديين لديهم ميل للانسحابية، وعدم التفاعل الاجتماعي، والسلبية تجاه الآخرين، فهم يُظهرون عدم الرغبة في مشاركة الأطفال ألعابهم، وعدم التفاعل بينهم وبين آبائهم مع تجنبهم أي لقاءات عائلية، كما أنّ لديهم قصوراً شديداً في الاستجابة للمثيرات البيئية، وضعف عام في المجالات الاجتماعية، بينما يرى بعض الباحثين أن الانسحاب لا ينطبق على جميع الحالات، وهذا ما أكدته دراسة (عبد القادر،١٩٩٧) بأن بعض الأطفال التوحديين قد يقتربون من الأشخاص المألوفين لديهم، ويحبون الألعاب التي تتطلب اتصالاً بدنياً، بل إن بعضهم قد يجلس في حجر شخص مألوف لديه، ويستمتع بمعانقته، واحتضانه له، وهناك بعض الأطفال قد يعانون قلقاً حاداً إذا غاب عن حياتهم شخصٌ مألوفٌ لديهم.

٢) القصور اللغوي:

يُعتبر القصور اللغوي من الملامح الشائعة لإعاقة التوحد، وتتفاوت درجات هذا القصور وأشكاله من طفل إلى آخر، فيذكر كلٌ من ريتا جوردن وستيوارت بيول (٢٠٠٧، ٢) أنّ الأطفال التوحديين لديهم نقصٌ واضحٌ

في اللغة، والاتصال اللفظي، وغير اللفظي، ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال التوحديين؛ فهناك مشكلات ترتبط بفهم تعبيرات الوجه واستخدامها، والإيماءات التعبيرية، ولغة الجسم، وموضع الجسم، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة، هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى، والجوانب الخاصة بدلالات الألفاظ، والجوانب العملية للمعنى.

ويرى عمارة (٢٠٠٥، ٣١) أن مشكلات اللغة لدى حالات التوحد تتمثل في التأخر في الكلام، وفي نقص النمو اللغوي دون أن تكون هناك إشارات تعويضية، وأيضاً استخدام الكلمات بشكل مفرط للحساسية وترديد ما يقوله الآخرون، والفشل في بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعي بسبب الصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات، والاتصال اللفظي غير الطبيعي من حيث (الإشارات أو التعبيرات الوجهية)، وكذلك تشير الحلبي (٢٠٠٥، ٣٣) أن هناك مشكلات تظهر لدى الأطفال التوحديين خاصة باللغة تؤثر على التواصل لديهم.

<u>من هذه المشكلات:</u>

أ. **المصاداة: Echolalia**

تعتبر المصاداة من الملامح غير السوية عند بدء الحديث لدى الأطفال التوحديين، وتُعرّف الحلبي (٢٠٠٥، ٣٣) المصاداة بأنها ترديد الطفل ما قد يسمعه تواً وفى نفس اللحظة وكأنه صدى لما يقال.

ويعرفها الشخص والدماطي (١٩٩٢، ٣٠) بأنها حالة كلامية تتميز بالترديد اللاإرادي لما يقال من كلمات أو مقاطع أو أصوات بصورة تبدو كأنها صدى لهم، وتُعتبر إحدى خصائص التخلف العقلي الشديد.

وتُؤكد دراسة رتر (Rutter, 1998) أن الأطفال التوحديين يعانون من بعض السلوكيات النمطية مثل ترديد الكلمات بشكل آلي مع ضعف في الانتباه، ونقص التواصل اللغوي، وصعوبة في التواصل مع الآخرين، ويذكر سليمان (٢٠٠٤، ٢٠) أن الطفل التوحدي يكرر الكلمات والجمل، وهذا الترديد والتكرار من أبرز خصائص التوحديين حيث لا يتعلمون اللغة أبداً.

ب. الاستخدام العكسي للضمائر:

وهو من المظاهر الشائعة لدى الأطفال التوحديين، حيث يتم استخدام الضمائر بصورة مشوشة فيشير الطفل التوحدي إلى الآخرين بضمير "أنا" وإلى نفسه بضمير "هو" أو "هي" ويستعمل "أنا" حين يود أن يقول

"أنت". ويؤكد سليمان وآخرون (٢٠٠٣، ١٥) أن الطفل التوحدي يستبدل الضمير "أنا" بالضمير "أنت"، فعلى سبيل المثال يقول أحد الوالدين لطفله التوحدي هل تريد البسكويت، فتكون إجابة الطفل، أنت أريد البسكويت وما إلى ذلك، وهذا ما أكدته نتائج دراسة خليل (١٩٩٦، ٦٤) من أن الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من عدم القدرة على استخدام الضمائر كأن يلقب الآخر بـ "أنا" ويلقب نفسه بـ "أنت".

نتائج دراسات كلٍ من [(حلواني، ١٩٩٦، ١٥)؛ (زيدان، ٢٠٠٤، ٢٥)؛ (مليكه، ١٩٩٨، ٣٣)؛ (باظة، ٢٠٠٣، ٤٥)؛ (فراج، ١٩٩٦، ٢٧)؛ (سلامة، ٢٠٠٥، ١٦)] تشير إلى أنّ الأطفال التوحديين لديهم قصور واضح في النمو اللغوي، مما يقلل من التواصل اللفظي، مع تكرار المقاطع أو الجمل والكلمات دون اعتبار للمعنى، والاستجابة للكلام بطريقة غير طبيعية، وقدراتهم اللفظية تعد منخفضةً جداً.

٣) السلوك النمطي المتصف بالتكرار:

تلك السلوكيات النمطية المكررة تعدّ من المظاهر المميزة للتوحدية، وتعد بمثابة أحد أوجه القصور البارزة، ويمكن لمن يتعامل مع هؤلاء الأطفال أن يلاحظ هذا بسهولة، وتلك السلوكيات والأنشطة والاهتمامات التكرارية النمطية التي يبديها هؤلاء الأطفال غالباً ما تتسم بأنها مقيدة، وذات مدى ضيق، وأنهم عادة ما يعانون من حركات متكررة للجسم، أو حركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين أو غير ذلك؛ مما قد يؤدي إلى استثارة من حولهم، وأحياناً يصل بهم الأمر إلى الإيذاء الجسدي لأنفسهم (السعد، ١٩٩٨، ٣٢).

ويشير الشخص (٢٠٠٣، ٣٥) إلى أهم الأعراض التي تندرج ضمن السلوكيات النمطية، مثل الاستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة بصورة غير عادية (التكرار)، والتقيد الجامد بالعادات أو الطقوس غير العملية المهمة، واللزمات الحركية النمطية المتكررة، والانشغال بأجزاء الأشياء لا بالشيء كله.

ويُعرّف عبد الحميد وكفافي (١٩٩٥، ٣٥) السلوك النمطي بأنه السلوك المنمط أو المقلوب، وهو سلوك جامد غير مرن، يتم بغضّ النظر عن التغير في السياق والنتائج التي ينبغي أن تؤدي إلى تعديلات في كيفية تصرف الفرد، أي أنه سلوك يتبع نمطاً واحداً متكرراً.

ويشير موسى (٢٠٠٢، ١٨) إلى أن الطفل التوحدي يقوم ببعض الحركات الغريبة مثل حركات اليدين أو القفز إلى أعلى أو أسفل، والمشي على أطراف الأصابع، والدوران دون الإحساس بالدوخة، وتحدث هذه الحركات حين ينظر الطفل التوحدي إلى شيء يشدّ انتباهه.

ويضيف عمارة (٢٠٠٥، ٣٢) أن الطفل التوحدي كثيراً ما يقوم بأداء حركات معينة لفترات طويلة، ويستمر في أدائها بتكرار متصل، كهزّ رجله أو جسمه أو رأسه أو الطرق بإحدى يديه على رسغ اليد الأخرى، أو تكرار إصدار نغمة أو صوت أو همهمة بشكل متكرر، وقد يُقضى ساعاتٍ محملقاً في اتجاه معين، أو نحو مصدر صوت، أو صوت قريب أو بعيد أو نحو بندول ساعة الحائط أو الساعة الدقاقة، ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين؛ بل هي في واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهى بشكل مفاجئ تلقائياً، ثم يعود الطفل التوحدي إلى وحدته المفرطة، أو انغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص به.

وتتفق دراسة وولف (Wolf, 2005) مع هذا الرأي، فتقول أن الطفل التوحدي يمارس أنواعا سلوكية نمطية تظهر وتختفي بشكل تلقائي وفجائي، أما نتائج دراسة بيكلين (Biklen, 2002) فقد أشارت إلى أن السلوك النمطي يتضمن:

١- حركات تلقائية ميكانيكية غير متعمدة.

٢- إيذاء النفس بشكل مستمر.

٣- هوس الرتابة وعدم احتمال التغيير.

٤- صدى كلامي.

٥- رفة العينين ونغز متكرر، رفرفة اليدين وتحريك الأشياء بشكل كروي دائري.

وقد أرجعت دراسة ترينبيير (Trenpeypeier, 1996) هذا السلوك النمطي المتكرر إلى:

١- ارتفاع مستوى التوتر لدى الطفل التوحدي.

٢- إتباع الطفل مثل هذه السلوكيات لجذب الاهتمام.

٣- الاعتراض على تغيير برنامجه أو روتينه اليومي.

٤- عدم القدرة على الملائمة بين السلوك والموقف.

٥- خلل في عدد الخلايا العصبية في الدماغ وحجمها.

٦- تأثير تسرب مواد سامة إلى الدماغ.

٤) عدم القدرة على اللعب التخيلي:

يرى عبد الحميد وكفافي (١٩٩٥، ٢٤٧) أن لعب الأطفال التوحديين يكون يدوياً (تناولياً) يفتقر إلى عنصر الإلهام الذى يميّز لعب الأطفال العاديين، مما يوضح إخفاق هؤلاء الأطفال في تنمية الوظيفة الرمزية، تلك الوظيفة التي أوضحها جان بياجيه على أنها تظهر من خلال السلوك الحسي الحركي في العام الثاني من الحياة.

واللعب الإلهامي هو نمط من اللعب يسود في الطفولة المبكرة حيث يصبح نشاط اللعب لدى الطفل مرتبطاً بالتعبير الحرّ عن انفعالاته بما فيها من مشاعر سلبية وعدوانية مكبوتة يُسقطها على اللعب دون خوف من عقاب.

ويذكر مليكه (١٩٩٨، ٢٧٣) أنّه في السنوات الأولى من الحياة، يكون اللعب الاستطلاعي المألوف غالباً في حده الأدنى، ويتناول التوحدي اللعب والموضوعات غالباً بأسلوب يختلف عن الاستخدام المقصود، فمثلاً قد يلف الطفل عجلة لعبة عربة لفترة طويلة من الزمن دون أن يحركها يميناً أو يساراً، أو دون أن يحاول تسيير العربة على الأرض. وتشير باظة (٢٠٠٣، ٢٥) إلى أن الأطفال التوحديين يظهر عليهم، في سن ما قبل المدرسة، نقص واضح في القدرة على اللعب الخيالي، مثل اللعب بالأدوات وغياب لعب أدوار الكبار واللعب الجماعي، ويكون اللعب التخيلي بصورة آلية متكررة في الأنشطة بوجه عام، والطفل التوحدي لا يشترك في اللعب الجماعي، ويفضّل اللعب الفردي، وإذا اشترك في اللعب الجماعي فإنه يتعامل مع الأطفال الآخرين دون مشاعر متبادلة.

وتتفق مع هذا الرأي نتائج دراسة رمانزيك (Romanczyk, 1999) في أنّ الأطفال المصابين بالتوحد، في سن ما قبل المدرسة، يظهر لديهم نقص واضح في القدرة على اللعب التخيلي، يشمل اللعب بالدمى ولعب الدور واللعب المسرحي، ويكون اللعب تكرارياً بسيطاً لدى الأطفال التوحديين الذين تتوفر لديهم القدرة على اللعب؛ فالأطفال المصابون بالتوحد نادراً ما يبحثون عن شركاء للعب، كما يكون اللعب غير تفاعلي.

ويذكر سليمان (٢٠٠٤، ٣٥) أن لعب الأطفال التوحديين يكون في نطاق محدود تماماً، فهذه الفئة من الأطفال تميل إلى تكرار نفس النشاط ولا تنّمي اللعب التظاهري أو اللعب التخيلي أو تطوّره ، الأمر الذي يجعل سلوك الأطفال التوحديين خلال ممارسة اللعب مفتقراً إلى الإبداع والتجديد والتخيل، في حين يبدأ

الأطفال العاديون استخدام خيالهم في اللعب ابتداء من سن ١٨ شهراً، حيث يلعب الطفل بكوب ورق يستخدمه على أنه قبعة، وترى مايلز (١٩٩٤، ٣٥) أن الطفل التوحدي لا يلعب بطريقة تخيلية، وهو لا يستعمل اللعب لتمثيل الأشياء بطريقة عادية، وأيضاً تؤكد نتائج دراسة زيدان (٢٠٠٤، ١٥) أن الطفل التوحدي يفتقر إلى اللعب التخيلي أو التلقائي، وهو لا يبادر إلى اللعب التظاهري.

٥) البرود العاطفي الشديد:

من الخصائص التي تُلاحظ على أطفال التوحد أنهم لا يستجيبون لمحاولة الحب والعناق، أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الوالدان إلى أن طفلهما لا يعرف أحداً، ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين، فضلاً عن القصور والإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين (سليمان، ٢٠٠٢، ٣٥).

ويذكر عبد الرحيم (١٩٩٠، ٤٥) أيضاً أن الأطفال التوحديين لديهم نقصٌ واضحٌ في الاستجابة للآخرين، وفشل في الاستجابة لمحاولات التدليل، ونقص في الانتباه إلى الآخرين وعدم التقاء عينه بعيونهم، واللامبالاة أو النفور من العاطفة والمودة.

ويشير فرّاج (٢٠٠٢، ٥٦) إلى أن كثيراً من الآباء يشكون من عدم اكتراث أطفالهم التوحديين مع أية محاولات لإبداء العطف أو الحب أو تجاوبهم معها، أو محاولات تدليلهم و تقبيلهم أو مداعبتهم؛ وربما لا يُظهرون اهتماماً بحضورهم أو غيابهم، وقد تمضي ساعات طويلة والطفل التوحدي في وحدته، لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه. ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين، وتنقصه في كلامه النغمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.

ويقرر عبد المعطي (٢٠٠١، ٥٦٤) أن كل الأطفال التوحديين يفشلون في إظهار علاقات عادية مع والديهم ومع الناس الآخرين، ويُظهرون فشلاً في نمو التعاطف، وهذا ما أكدته نتائج دراسة بدر (١٩٩٧، ٥٢) من أن الطفل التوحدي قد لا يبتسم ولا يضحك، وإذا ضحك فضحكه لا يعبّر عن فرحٍ لديه، والبعض لا يعانق حتى أمه، والبعض لا يُظهر أي مظاهر انفعالية كالدهشة أو الحزن أو الفرح، مع عدم الاستقرار الانفعالي في البيت أو المدرسة، وقد يقلّد الآخرين في بعض التغيرات الانفعالية دون فهم أو تفاعل.

وقد قامت عبد القادر (٢٠٠٢، ٥٥) بدراسة فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم، استهدفت استثارة انفعالات الطفل وعواطفه، وكذلك الوالدين في محاولة لمساعدة الطفل للخروج من عزلته واختراق الحاجز الموجود بينه وبين المحيطين به. وقد بيّنت نتائجها حدوث انخفاض ملحوظ في العزلة العاطفية والانفعالات السلبية، وتفاعلاً أفضل بين الوالدين وطفلهما.

٦) ظهور أعراض التوحد قبل سن الثالثة:

يتفق معظم الباحثين على أن اضطراب التوحد يحدث مبكراً خلال العامين الأولين من حياة الطفل، وقبل ثلاثين شهراً على الأكثر، ويستمر مدى الحياة، ويصيب على الأقل (٥) أطفال من بين كل (١٠٠٠٠) طفل، وتبلغ نسبة إصابة الذكور به (٣-٤) أضعاف الإناث (عبد الله، ٢٠٠٢ ، ٤٦).

ويذكر القريطي (٢٠٠١، ٦٥) أنّ اضطراب التوحد يبدأ عادةً خلال ثلاث السنوات الأولى من العمر، وتبدأ الأعراض في الظهور على شكل صعوبات غير مألوفة في السلوك مثل حدّة الطبع، وضعف التغذية، ومشكلات في النوم، ويمكن أن تظهر هذه الأعراض من العام الأول، أو بعده، وعدم نمو اللغة بشكل طبيعي من أولى الأعراض، وهو أمر يمكن أن يلاحظه الآباء، حيث يُظهر الأطفال بداية طبيعية للغة بين الشهرين الثاني عشر والرابع عشر، إلا أنّ اللغة لا ترتقي إلى أبعد من ذلك، كما تظهر أعراض التوحد الأخرى، وتشمل الاضطراب الاجتماعي وظهور سلوكيات نمطية تكرارية.

ويتفق مع ذلك كلٌ من [عبد الرحيم (١٩٨٣، ٢٨٦)، والأشول (١٩٨٧، ١١٢)]، على أن ما يميّز إعاقة التوحدية عما سوّاها هو أنها تبدأ في الطفولة المبكرة بصورة واضحة، وأن لها خصائص وسمات معينة تميزها عن الإعاقات الأخرى.

وكذلك تشير نتائج دراسة حمودة (١٩٩٨، ١٠) إلى أن الطفل التوحدي الأصغر سناً (في مرحلة الطفولة المبكرة) يكون أشدَّ إصابةً وأكثرَ إعاقةً والأعراض أكثر وضوحاً.

٧) نوبات الغضب أو إيذاء الذات:

على الرغم من أنّ الطفل التوحدي يظلّ مستغرقاً فترةً طويلة في سلوكيات نمطية، إلا أنه يثور أحياناً في سلوك عدواني موّجه إلى ذاته.

وقد أشارت دراسة أليس (Ellis,1990) إلى أن الطفل التوحدي يقوم بربط يده ثم يقوم بفكها أو يظلّ يضرب وجهه بيده أو يقوم بإيذاء نفسه، كما يحدث في حالات قيامه بإزالة القشور أو الجلد العالق في جروحه، وقد يوّجه الطفل التوحدي عدوانه وإيذاءه إلى الغير، فقد يضرب طفلاً آخر دون سبب، وربما يقوم بطرد الآخرين من الغرفة كي يبقى وحيداً.

كما اتفق [(Jordan, 1995, 38)، (وعبد الرحيم،١٩٩٠، ٥٨)، والخطيب وآخرون (١٩٩٨، ٤٠)] على أن سلوك إيذاء الذات هو سلوك عدواني موّجه نحو النفس، أو نحو واحد أو أكثر من أفراد أسرته، أو أصدقاء الأسرة، أو المتخصصين في رعايته وتأهيله، ويتميز هذا السلوك بالبدائية؛ كالعضّ والخدش والرفس، وقد تشكّل عدوانيته إزعاجاً مستمراً لوالديه بالصراخ وعمل ضجة مستمرة، أو عدم النوم ليلاً لفترات طويلة مع إصدار أصوات مزعجة، أو في شكل تدمير أدوات أو أثاث أو تمزيق الكتب أو الصحف أو الملابس أو بعثرة أشياء على الأرض، أو إلقاء أدوات من النافذة، أو سكب الطعام على الأرض، إلى غير ذلك من أنماط السلوك التي تزعج الأبوين اللذين يقفان أمامها حائرين، وكثيراً ما يتجه العدوان نحو الذات حيث يقوم الطفل بعضّ نفسه حتى يدمي نفسه، أو يضرب رأسه في الحائط أو بعض الأثاث ما يؤدى إلى إصابة الرأس بجروح أو كدمات أو أورام، وقد يتكرر ضربه نفسه، أو لطم وجهه بإحدى يديه أو كلتيهما.

ويذكر كلٌ من فراج [(١٩٩٦، ١٢١)، ووينج (١٩٩٤، ٧٤)] أن الأطفال التوحديين يُظهرون حزنهم في نوبات غضب شديد، أو حركات معينة كالهزّ إلى الأمام والوراء، أو القفز صعوداً وهبوطاً، أو الركض في أرجاء الغرفة على أطراف أصابعه، وكثيراً ما لا يستطيع أحد معرفة سبب حزن الطفل أو استيائه، وقد لا تجدي كل محاولات إراحة الطفل مما يعانيه. ويضيف الفوزان (٢٠٠٠، ١٤) أنّ أطفال التوحد قد تظهر على بعضهم سلوكيات غريبة تلفت النظر، مثل القرع على قطعة أو كتاب بأصابعه، ويدوّر أشياء بيده، وكذلك بعضهم قد يقوم بعضّ أظافره أو أظافر أحد الآخرين.

ويؤكّد عكاشة (١٩٩٢، ٩٥) ما سبق من أن الطفل التوحدي يعاني من اضطرابات ونوبات غضب في المزاج والعدوان وإيذاء النفس.

كما تؤكّد نتائج دراسة الحلبي (٢٠٠٠، ١٤٥) على أنّ الأطفال التوحديين يعانون من الضحك والصراخ والبكاء دون سبب، ومن السلوك العدواني تجاه الآخرين وإيذاء ذاتهم.

٨) انخفاض مستوى الوظائف العقلية:

يشير تركي (٢٠٠٤، ١٣٥) إلى أنّ حوالي (٤٠%) من أطفال التوحد لديهم معامل ذكاء يقل عن (٥٥) درجة، وحوالي (٣٠%) يتراوح معامل ذكائهم ما بين (٥٥-٧٠%)، ويُلاحظ أن حدوث التوحد يتزايد مع نقص الذكاء، فحوالي (٢٠%) من التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي، ودراسة سجّلات معدلات الذكاء لأطفال التوحد يعكس مشكلاتهم مع التسلسل اللغوي، ومهارات التفكير المجرد، مشيرة إلى أهمية القصور في الوظائف المرتبطة باللغة.

ووجد أن بعض أطفال التوحد لديهم قدرات معرفية مبكرة أو بصرية حركية فائقة إلى درجة غير عادية، فالذاكرة غير العادية للحس الموسيقي أو القدرة الحسابية الفائقة، وأحياناً تكون الطلاقة اللغوية الفائقة في القراءة على الرغم من أنهم لا يفهمون ما يقرأون.

وتؤكد دراسة شاش (Shash, 1993) على أنّ أداء الأطفال التوحديين في بعض الاختبارات العقلية في مقياس وكسلر للذكاء يكون عادياً بل قد يكون مرتفعاً في بعض الأحيان.

ويضيف سليمان (٢٠٠٠، ١٢٥) أن أطفال التوحد يعانون من اضطرابات في النمو العقلي، وتُظهر بعض الحالات تفوقاً ملحوظاً مع ظهور تفوق في مجالات معينة، ويبدو على بعض الأطفال أحياناً مهارات ميكانيكية عالية، حيث يتوصلون تلقائياً إلى معرفة طرق تشغيل الإنارة، كما قد يجيدون عمليات حلّ الأدوات والأجهزة وتركيبها بسرعة ومهارة فائقين، وقد يُبدي بعض الأطفال تفوقاً ومهارة موسيقية في العزف وفي استخدام الأدوات الموسيقية، وهذا ما أكدته دراسة وزوريك (Wzorek, 1994) فعلى الرغم من وجود بعض من المهارات الاستثنائية لدى الأطفال التوحديين، حيث تكون عادية في بعض الأحيان وفوق العادي في أحيان أخرى، إلا أنّ لديهم عيوباً إدراكية عامة، ولديهم قصور في إدراك التعبيرات الخاصة بالوجه، ولكن لا يمكن القول أنّ لديهم جموداً إدراكياً. ويشير سليمان (٢٠٠٤، ١٤٥) إلى أن بعض الأطفال التوحديين يعانون من ضعف في الإدراك، والانتباه، والوظائف العصبية.

وأكدت ذلك نتائج دراسة بوراك (Burack, 1994) على أن الأطفال التوحديين لديهم قصورٌ شديد في الانتباه وخاصة الانتباه الانتقائي، فهم لا يستطيعون تركيز انتباههم على شيء محدد ضمن أشياء متعددة.

كما أكد ذلك أيضا دراسة نلسن وإسرائيل (Nelson, & Israel, 1991) حيث هدفت دراستهما إلى التعرّف على اضطرابات السلوك لدى الطفل التوحدي مثل نقص الانتباه وضعفه، ونقص التواصل مع الآخرين من خلال مجموعة من الأطفال التوحديين؛ حيث أظهرت النتائج أن الطفل التوحدي يعاني من ضعف شديد في الانتباه ونقص التواصل.

وتؤكّد نتائج دراسة عبد المعطي (٢٠٠١، ٥٦٧) أن الأطفال التوحديين لديهم قصور في مدى الانتباه وانعدام القدرة الكاملة للتركيز على مهمة ما.

٩) قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية:

يتفق كل من فرّاج (١٩٩٦)؛ وعمارة (٢٠٠٥) على أنّ الطفل التوحدي لديه قصور وعجز في العديد من الأنماط السلوكية التي يستطيع الأطفال العاديون أداءها ممن هم في نفس سنه ومستواه الاجتماعي والاقتصادي، ففي سن (٥) أو (١٠) سنوات من عمره قد لا يستطيع الطفل التوحدي أداء أعمال يقوم بها طفل عمره الزمني سنتان أو أقل، كما يعجز عن رعاية نفسه أو حمايتها أو إطعام نفسه؛ بل يحتاج لمن يطعمه أو يقوم بخلع الملابس وارتدائها، وقد لا يهتم عند إعطائه لعبة يلعب بها بل يسارع بوضعها في فمه أو الطرق المستمر عليها بيده أو أصابعه، وهو في نفس الوقت يعجز عن تفهّم الأخطار التي يتعرض لها أو تقديرها، وتشيع لدى أطفال التوحد أعراض التبول الليلي ومشكلات الأكل والأرق.

ويؤكد عبد العزيز (١٩٩٩، ٨٥) أنّ الطفل التوحدي من الممكن أن يشرب سوائل كثيرة بطريقة غير منتظمة، كما أنَّ لديه عدم انتظام في الأكل واللبس والنوم، كما يوجد لديه عدم استقرار في وزن الجسم زيادةً أو نقصاناً ويقتصر طعامه على أنواع معينة، كما نجده مستيقظاً بشكل متكرر ليلاً ويصاحب ذلك هزّ الرأس وإرجاعها بشكل متكرر. وأثبتت نتائج دراسة عبد المعطي (٢٠٠١، ٩٥) أنّ الطفل التوحدي لديه مشكلات في الطعام والتغذية والشراب، كما أنّ اضطرابات الإخراج شائعة بين الأطفال التوحديين.

١٠) ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية:

يؤكد كل من فرّاج (١٩٩٦، ٥٦)؛ وعبد العزيز (١٩٩٩، ١٦٠) على أنّ أطفال التوحد يبدون كما لو أن حواسهم عاجزة عن نقل أي مثير خارجي إلى جهازهم العصبي، فإذا مرّ شخص بالقرب منه وضحك أو سعل أمامه أو نادى عليه؛ فإنّه يبدو كأنّه لم ير أو يسمع، أو أنه قد أصابه الصمم أو كف البصر، وغالباً ما

يُظهر الأطفال المصابون بالتوحد زيادة أو نقصاً في الاستجابة للمثير الحسي بكل أشكال المثير البصري، والسمعي، واللمسي، والألم، ونجد أنهم يمكن أن يتجاهلوا بعض الإحساسات مثل الألم، والحرارة، والبرودة بينما يُظهرون حساسية مفرطة لإحساسات معينة مثل قفل الأذنين تجنباً لسماع صوت معين، ويتجنبون أن يلمسهم أحد، وأحياناً يُظهرون انبهاراً ببعض الاحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه مع الضوء والروائح.

وأكدت وينج (١٩٩٤) أنّ الأطفال التوحديين يعانون من عدم الإحساس الظاهر بالألم، وعدم تقديرهم المخاطر التي يتعرضون لها المرة تلو الأخرى، على الرغم من ضرر يلحقهم أو إيذاء يصيبهم.

كما أنّ الأطفال التوحديين يعانون من شذوذ في الإدراك، فكثيراً ما يستجيبون بطرق غريبة، وقد يبدون عاجزين عن سماع الأصوات العالية، لكنهم يستجيبون للأصوات المنخفضة التي يسمعها الآخرون بصعوبة أو يغلقون آذانهم تحسباً لسماع أصوات مرعبة.

ويرى خليل (١٩٩١، ٥٢٩) أنّ الطفل التوحدي لديه مشكلة في الإدراك، فهو يستجيب لمنبهات بعينها ولا يستجيب لمنبهات أخرى، ولديه صعوبات في الإدراك البصري والسمعي واللمس والشم والتوازن والإحساس بالألم وقصور في إدراك الصوت، كما أنّ الطفل التوحدي لديه صعوبات في التفاعل والتواصل مع الآخرين مما يعيقه عن العمل على زيادة مخزون الذاكرة، والارتفاع بمستوى القدرة الإدراكية.

ويؤكّد كامل (٢٠٠٣، ٦٢) أنّ الأطفال التوحديين لديهم صعوبات في عدم اتساق أو انتظام إدراكهم لبعض الأحاسيس، وصعوبة الاحتفاظ بمعلومة واحدة في تفكيرهم أثناء محاولة معالجة معلومة أخرى، والتفكير بالصور وليس بالكلمات، كما أنهم يتميزون باستخدام قناة واحدة فقط من قنوات الإحساس في الوقت نفسه كالسمع فقط أو الإبصار .... إلخ.

ويشير كريك (Creak, 2003) إلى أنّ بعض الأطفال التوحديين يستمرون في مواصلة اكتشاف الأشياء عن طريق وضعها في الفم، أو تقريب بعض الأشياء إلى الأنف، أو تقريبها إلى العين، والبعض الآخر قد يثبّت بصره على الأضواء أو الأشياء المتحركة أمامه، وبعض الأطفال يمتلك خبرات إدراكية غير سوية مثل تجاهل الأصوات، ورفض النظر إلى الأشياء أو الناس، وانتفاء الإحساس بالألم وغياب الإحساس بدرجات الحرارة.

من خلال ما سبق تصنّف الباحثة أهم خصائص التوحد وأعراضه فيما يلي:

١- مجموعة الأعراض الأساسية التي توجد لدى كل الأطفال التوحديين، وتتمثل في:

- القصور اللغوي.
- ضعف التفاعل الاجتماعي.
- السلوك النمطي المتصف بالتكرار.
- عدم القدرة على اللعب التخيلي.
- يكون قبل عمر الثالثة.
- قصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية.

٢- مجموعة الأعراض الإضافية التي قد لا توجد لدى كل الأطفال التوحديين، وتتمثل في:

- انخفاض مستوى الوظائف العقلية.
- ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية.
- البرود العاطفي الشديد.
- نوبات الغضب وإيذاء الذات.

رابعاً: تشخيص التوحد:

من الضروري تشخيص حالات التوحد حتى نستطيع الكشف عنها، والتعامل معها، وهذا يتطلب التعرف على:

١- صعوبات التشخيص.
٢- محكات التشخيص.
٣- فريق العمل الإكلينيكي ودور كل منهم في التشخيص.

١- صعوبات التشخيص:

ترجع الصعوبة في تشخيص الطفل التوحدي إلى التشابه في بعض الأعراض مع الحالات الأخرى، ويمكن تقديم موجز لهذه الصعوبات التي ذكرها الكثيرون مثل [(خليل، ١٩٩١ ؛ الدفراوي، ١٩٩٣ ؛ فرّاج، ٢٠٠٢) وغيرهم وهي كالتالي:

-أكثر العوامل المسببة للتوحد تلف أو إصابات في بعض أجزاء المخ أو الجهاز العصبي.

-حدوث تغير في شدة بعض الأعراض، واختفاء البعض الآخر مع تقدم الطفل في العمر.

–عدم الوصول إلى تحديد دقيق للعوامل المسببة لاضطراب التوحد.

–بعض الأعراض التي حددها الدليل الدولي للتشخيص لا تخضع للقياس الموضوعي.

–مشاركة العديد من الإعاقات الأخرى للتوحد في بعض الأعراض مثل التأخر في الكلام، وإعاقات التخاطب والتخلف العقلي، وغيرها من الإعاقات.

–التوحد إعاقة سلوكية تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي، والمعرفي والاجتماعي، والانفعالي، وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب.

–تتعدد وتتنوع أعراض التوحد، وتختلف من فرد لآخر، ومن النادر أن تجد طفلين متشابهين تماماً في نفس الأعراض.

–تتعدد وتتنوع أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي؛ فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي أو التلوث الإشعاعي أو الصناعي أو الإصابة بالفيروسات.

–حداثة البحوث التي تُجرى على هذه الفئة مقارنة بغيرها من الإعاقات.

٢- محكات التشخيص:

يوجد العديد من المحكات التي يمكن الاعتماد عليها في تشخيص التوحد، ولقد حدد ليو كانر (Leo Kanner, 1943) مجموعة من المعايير لتشخيص حالات التوحد وهي:

١– سلوك انسحابي انطوائي شديد وعزوف عن الاتصال بالآخرين.

٢– التمسك الشديد لحد(الهوس) بمقاومة أي تغير يحدث في البيئة المحيطة به.

٣– شدة الارتباط بالأشياء والتعاطف معها أكثر من الارتباط بالأشخاص بما في ذلك أبويه وأخوته.

٤– مهارات غير عادية مثل تذكر خبرة قديمة أو حادث أو صوت أو جملة، أو القيام بعملية حسابية

٥– صعبة، أو إبداء مهارة في الرسم أو الغناء بشكل طفرات هجائية.

٦– يبدو عليهم البكم، واذا تكلموا فالكلام في شكل همهمة وغير ذي معنى ولا يحقق جدوى في الاتصال

٧– بالآخرين.(فراج، ١٩٩٦،٥)

وقد أشارت المحكات التشخيصية للتوحد كما ذُكرت في الصورة الرابعة لدليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (١٩٩٤) إلى ضرورة وجود انطباق (٦) أعراض أو أكثر من مجموع الأعراض الثلاثة

(أ)،(ب)،(ج). على الأقل عرضين من المجموعة(أ)، وعرضين من المجموعة(ب)، وعرضين من المجموعة (ج).

أ) خلل كيفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنين على الأقل مما يلي:

-خلل واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه في تنظيم التفاعل الاجتماعي.

-الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو.

-نقص البحث الذاتي للمشاركة في الأنشطة والإنجازات مع الآخرين.

-نقص التبادل الاجتماعي أو العاطفي.

ب) خلل كيفي في التواصل كما يظهر في واحد على الأقل مما يلي:

-التأخر في نمو اللغة وهو غير مصحوب بمحاولات بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات.

-استخدام اللغة بشكل تكراري نمطي أو استخدام لغة خاصة.

-خلل في استمرار الحديث مع الآخرين في حالة وجود بعض الكلمات.

-نقص اللعب التلقائي من تمثيل الأدوار الاجتماعية المناسبة لسن الطفل.

ج) أنماط سلوكية أسلوبية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلى:

-الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية المحددة لاهتمامات غير سوية أما في شدتها أو توجهها.

-التمسك غير المرن بطقوس معينة غير وظيفية.

-سلوك حركي متكرر مثل رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل الجسم.

-الانشغال الثابت بأجزاء من الأشياء.

ويظهر هذا الاضطراب قبل العام الثالث على شكل تأخر أو شذوذ في واحد على الأقل من المظاهر التالية:

١- التفاعل الاجتماعي.

٢- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

٣- اللعب الرمزي أو المحاكاة

وتجدر الإشارة إلى أنّ تشخيص التوحد يُعتبر من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، فقد أكدت الأبحاث أنه لا بدّ من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل التوحدي، حيث يتضمن الفريق أطباءً نفسيين، أطباء أطفال، أطباء أعصاب، اختصاصي كلام ولغة، متخصصين في التربية الخاصة، الوالدين. وكل هؤلاء لهم دور أساسي في تقديم تشخيص مناسب لحالة الطفل التوحدي، إذ يتطلب التشخيص تعاوناً من أفراد الفريق كافة لأنّ أعراض التوحد تظهر بدرجات متفاوتة، وأيضاً تتشابه مع اضطرابات نمائية أخرى.

المحور الثاني: الضغوط النفسية.
تمهيد.
أولاً: تعريف الضغوط النفسية.
ثانياً: الضغوط الفسية والمصطلحات ذات الصلة.
ثالثاً: أنواع الضغوط النفسية.
رابعاً: أعراض الضغوط النفسية.
خامساً: جهاز الضغط النفسي الفيزيولوجي.
سادساً: الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب التوحد.

تمهيد:

يُعّد مصطلح الضغط النفسي (Psychological Stress) من المصطلحات التي أصبحت شائعة من حيث استخدامها لدى الإنسان العادي والمهني، فهي تشكل جزءاً من لغتنا في العصر الحديث.

وقد تعرّض مفهوم الضغط النفسي كغيره من المفاهيم إلى كثير من المشكلات أثناء تحديده، ومن ثم تعددت تعريفاته واختلفت طبقاً للانتّماءات الفكريّة والنظريّة لأصحاب هذه التعريفات، فقد أشار مونات ولازاروس (Monat & Lazarus) إلى" وجود إرباك وخلط في وجهات النظر التي حاولت تعريف الضغط النفسي " (السرطاوي والشخص، ١٩٩٨، ٢).

ويشير ديلونجس وآخرون (Delongis & Others) إلى صعوبة تحديد مصطلح الضغط وتعريفه لأنه "ليس متغيراً بسيطاً بل منظومة من العمليات المعتمدة على بعضها البعض تشمل التقييم ومهارات التعامل والحدة والتكرار ومدة الدوام ونمط الاستجابة النفسيّة والجسديّة" (Delongis, 2008, P486)

كذلك أشار ويليامز (Williams) إلى أن مصطلح الضغط النفسي" من أكثر المصطلحات عرضة لسوء الاستخدام من قبل الباحثين، إذ أنه كثيراً ما يستخدم للتعبير عن السبب والنتيجة في آن واحد" (Stephen, 2007 , 18)

أولاً. تعريف الضغوط النفسيّة:

إن كلمة ضغط (Stress) " مشتقة من الكلمة اللاتينية (Stringer) بمعنى إثارة الضيق (Tiam)، فقد استخدمت في القرن السابع عشر الميلادي كي تصف الشدة، الضيق، أو الحزن (Affliction). وفي أواخر القرن الثامن عشر أشار مصطلح الضغط إلى القوة (Force) أو الضغط (Pressure) أو التوتر (Strain) أو الجمود، مشيراً إلى الفرد أو القوة العقليّة " (الحواجري، ٢٠٠٤، ١٦).

كما أشار لازاروس أيضاً إلى" ظهور المصطلح لأول مرة في مجلة الملخصات النفسيّة عام (١٩٤٤)، وبدأ تداوله في الولايات المتحدة الأمريكية أثناء الحرب العالمية الثانية وما بعدها" (lazarus, 2006, 260).

ظهر مفهوم الضغط بدايةً في العلوم الهندسية والفيزياء، وكان يُقصد به "القوة الخارجيّة الموّجهة نحو عنصر مادي، ينتج عن هذه القوة تعديل مؤقت أو دائم على تركيب العنصر، وقد تبنى هذا الاصطلاح الهندسي

الباحثون الفيزيولوجيون فأصبح من اصطلاحاتهم المألوفة للتعبير عن العوامل الخارجيّة التي تؤثر على صحة الفرد" (دعنا، ١٩٩٤، ٢). وتمّ التركيز فقط على التغيرات الفيزيولوجيّة الهرمونية، وما تسبّبه من أمراض جسديّة نتيجة استجابة الفرد للمواقف الضاغطة وإهمال دوره في تفاعله النفسي معها.

كانت بداية البحث في مفهوم الضغط النفسي فيزيولوجيّة بحتة "إلاّ أنّ المفهوم تطوّر بعد أن ساهم العديد من المهتمين في تعميق دراسته من جوانب متعددة. فأصبح الفرد في أبعاده النفسيّة هو المتفاعل الأساسي مع الضغط النفسي، ومحصلات الضغط النفسي تتحدد بشخصية الفرد وأسلوبه في تفاعل متبادل" (شريف، ٢٠٠٣، ١).

وقد وجد سزلاجي دولاس (Dollas) أن الضغط النفسي هو" بمثابة تأثير مجموعة من العوامل التي تسببها البيئة المحيطة " (العارضة، ١٩٩٨، ١٠). ودولاس في تعريف الضغط النفسي يركّز على الحدث الخارجي الذي يثير الضغط لدى الفرد.

وقد عُرّف الضغط النفسي بأنَّه " المثيرات والمتطلبات الخارجيّة للحياة، أو النزاعات، والرغبات والإمكانات الداخليّة التي تتطلب منا التكيّف" (القحطاني، ٢٠٠٤، ١٢).

إن دلّ هذا التعريف على شيء فهو يدل على أن الضغط النفسي ليس مثيراً خارجياً فحسب، وإنما من الممكن أيضاً أن يكون مثيراً داخلياً مصدره الشخص نفسه.

ويأتي تعريف الخولي للضغوط النفسيّة ليعبّر عن " الحالات التي يتعرض فيها الإنسان لصعوبات بيئيّة مستمرة، ماديّة ومعنويّة، وجسميّة، ونفسيّة، التي يتغلب عليها في حياته اليوميّة بوسيلة من وسائل التكيّف مع الظروف البيئيّة ليحتفظ بحالة من الاستقرار، ولكن كثيراً ما تشكل تلك الصعوبات إجهاداً لا يمكن التغلب عليه لإعادة التوافق" (الخولي، ١٩٧٦، ٤٢٦).

وخلص العالم الفيزيولوجي الأمريكي وولتر كانون (Walter Cannon) الذي بدأت على يده الأبحاث حول الضغط النفسي في العشرينيات من القرن الماضي من دراسته إلى أنَّ" المواقف التي تسبّب الألم، الغضب الشديد، الخوف، تؤدّي إلى تغيرات جسميّة معينة تُعدّ الكائنات للتعامل بنشاط وقوة مع التحديات التي تواجهها إذا تطلب الأمر إجراء فعل سريع مفاجئ، كانتزاع الطعام واغتصابه من حيوان آخر، أو تجنبه، أو

مقاتلته؛ فإن الاستثارة الانفعاليّة تزيد من احتمالات البقاء على قيد الحياة، وأثناء الحالات الوجدانية تتولد ردود الأفعال الفيزيولوجيّة من الجهاز العصبي المستقل" (الحواجري، ٢٠٠٤، ١٠-١١)

ثم جاءت فيما بعد أبحاث الطبيب الكندي هانز سيلي (Hans Selye) الأستاذ بجامعة مونتريال والذي يُعتبر الرائد الأول الذي قدّم مفهوم الضغوط النفسيّة إلى الحياة العلمية في الخمسينيات من القرن العشرين، وقد كان متأثراً بفكرة أنَّ "الكائنات البشرية يكون لها رد فعل تجاه الضغوط عن طريق تنمية أعراض غير نوعية" (Allen,2013, 430).

وبناءً على تلك الفكرة عرّف سيلي الضغط النفسي بأنّه" استجابة الجسم غير المحددة لأي متطلب من المتطلبات البيئيّة السارة أو غير السارة" (Charles & Et al, 2009, p52).

وقد كانت أعمال سيلي من أهم الإسهامات في دراسة موضوع الضغط النفسي وتفسيره حيث افترض أنَّ هناك ثلاث مراحل هامة يمكن أن تُفسر استجابة الفرد تجاه الضغط، أطلق عليها مصطلح زملة التكيف العام(General Adaptation Syndrome) أو تناذر التكيف العام" (علاوي، ١٩٩٨، ٢٠). بينما عرّفه جبسون وآخرون (Gepson & Et al) بأنه" استجابة مكيّفة، تتوسطها الفروق الفردية الشخصيّة أو العمليات النفسيّة. وأنها نتيجة حادث أو موقف أو فعل بيئي خارجي بحيث تضع على الفرد متطلبات سيكولوجية أو ماديّة أو بدنية مفرطة" (المير، ١٩٩٥، ٢١١).

وأشار جبسون ورفاقه إلى عامل الفروق الفردية الشخصيّة الذي يُعدّ حسب رأي الباحثة . من أهم العوامل التي تؤدّي بالفرد إلى الاستجابة تجاه الضغط النفسي. إذ يرى بعض الباحثين أنَّ "الحدث يصنّف بأنه ضاغط أو غير ضاغط، وأن تقييم الموقف الواحد بأنه مسبّب أو غير مسبّب للضغط النفسي يختلف من فرد إلى آخر" (Feldman, 2009, p190).

بينما يرى لاندي (Landy) أنِّ الضغط النفسي ما هو إلا "نوع من الألم والانزعاج، أو الشعور بالاضطراب النابع من مصادر عاطفيّة أو اجتّماعيّة أو جسديّة، تنتج عنه الحاجة إلى التحرر من الألم والتوتر، أو السعي إلى التخلص من الانزعاج والضيق والألم، وقد يكون الضغط لفترة قصيرة ونتائجه محدودة وغير خطيرة، أو يدوم لفترة طويلة ويؤدّي إلى المرض" (علي، ١٩٩٥، ٢٥).

جاء تعريف لاندي شاملاً لجوانب الضغط النفسي من حيث تعريفه، وأنواعه، ومصادره، وآثاره ونتائجه، ومحاولة الفرد للتكيف معه.

ويرى لازاروس (Lazaruse) الرائد في مجال الضغط النفسي أنَّ الضغط هو "العلاقة بين الفرد والبيئة، التي يقيّمها الفرد في حالة الضغط، بأنها مرهقة وتتجاوز قدرته على التكيّف معها، وتعرّض وجوده للخطر" (Folkman, 2004, p258).

يتضح من خلال التعريف السابق أنَّ لازاروس لا يعتبر الضغط النفسي مثيراً واستجابة فقط؛ بل يعتبره علاقة ثنائية يؤثر الفرد من خلالها في البيئة المحيطة به ويتأثّر بها. فهو عبارة عن علاقة تفاعليّة تشمل: المثيرات، والاستجابة لتلك المثيرات، إضافة إلى العمليات النفسيّة والعقليّة العديدة المتداخلة فيما بينهما.

بينما يرى ساراسون (Sarason) أنَّ الضغط النفسي" يحدث عندما يدرك الفرد أن هناك نقصاً في قدراته ومصادره الشخصيّة على مواجهة موقف أو حادث. وأن الضغوط ماهي إلا مؤثرات تحفّز الفرد على التصرف" (Laux & Vossell, 2012, p235).

ويشير ساراسون هنا في تعريفه الضغط النفسي على أنه مثيرات موجودة في البيئة، ولكنه سرعان ما يقحم إدراك الفرد لها، وتقييمه قدراته على مواجهتها، فهو يركز بذلك على تفاعل الفرد مع المثير.

أمّا مينجهام (Menagham) فقد عرّفت الضغط النفسي أنّه" عدم التوافق مع البيئة والذات، ومحاولة التقليل من عدم التوافق لتجنّب التوتر الانفعالي المرافق من أجل المحافظة على الإحساس بالذات" (Menagham, 2012, p402).

بينما عرّفه لونج Long من خلال عناصره الثلاثة وهي:

١- متطلبات داخليّة أو خارجيّة مفروضة على الفرد.

٢- تقييم خطورة هذه المتطلبات وعدم كفاءة قدرات الفرد والبدائل للتعامل معها.

٣- الاستجابة لهذه الضغوط (Long, 2008, p252).

في حين ميّز آدمز (Adams) بين كل من الضغط والضواغط وعرّف الضغط النفسي أنّه" نتائج التفاعل بين الفرد وبيئته. أما الضواغط فهي الحالات المزمنة من التمزقات العرضية التي تحدث في الجهاز العصبي

اللاإرادي وجهاز الغدد الصم التي تخلخل التوازن الفيزيولوجي لدى الفرد وتهيئته للمواجهة أو الهرب" (Adams, 2005, p55-56).

مما سبق نجد أنَّ هناك ثلاث وجهات نظر حول تعريف الضغط النفسي؛ حيث ركّز بعض العلماء في تعريفهم الضغط النفسي على الجانب الفيزيولوجي، إذ يرونه استجابة الجسم للمؤثرات أو المثيرات الموجودة في البيئة التي تحيط بالفرد، وركّز بعض آخر منهم على تلك المثيرات، بينما ركز فريق ثالث على الجانب النفسي الذي يتضمن كيفية إدراك الفرد المثيرات البيئيّة المسبّبة للضغوط النفسيّة وتفاعله معها.

هذا ما يشير إلى وجود ثلاثة اتجاهات في تعريف الضغوط النفسيّة:

الاتجاه الأول: تعريف الضغوط النفسيّة بأنها مثيرٌ **Stimulus**.

الاتجاه الثاني: تعريف الضغوط النفسيّة بأنها استجابة **Response**.

الاتجاه الثالث: تعريف الضغوط النفسيّة بأنها تفاعل بين الفرد والمثير **Interaction**.

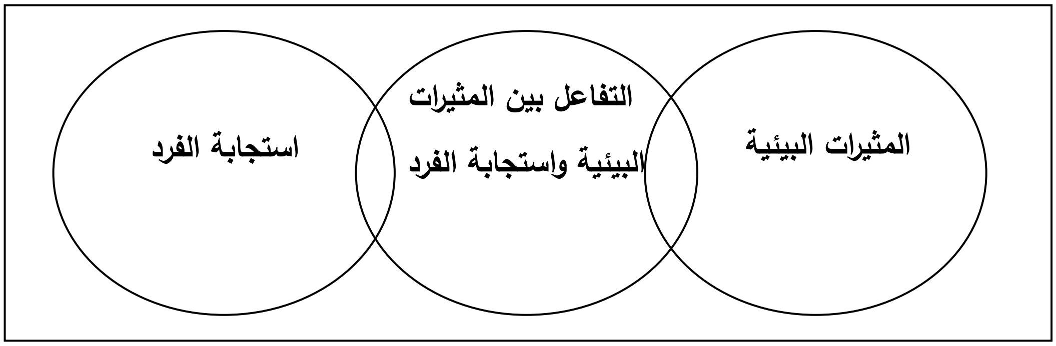
وتتفق الباحثة مع الحواجري على أنه ينبغي على الباحثين أن يتفقوا على بعض المسائل الهامة في تناول الضغوط النفسيّة، وهي كما يلي:

١- ينبغي النظر إلى أحداث الحياة كمسبّبات أو مصادر للضغوط.

٢- كما ينبغي اعتبار التغيرات الفيزيولوجيّة المصاحبة للضغط، وغيرها من الاستجابات نتيجةً للضغوط لا شيئاً آخر.

٣- أمّا الضغط النفسي في حدّ ذاته، فهو إحساس نفسي داخلي يرتبط بقيم الشخص الخاصّة، يعتمد على الإدراك في الدرجة الأولى، فما يعتبره شخص ما ضغطاً قد لا يعتبره شخص آخر كذلك. (الحواجري، ٢٠٠٤، ٢٠)

وتعرّف الباحثة الضغط النفسي أنَّه: مجموعة ردود أفعال الفرد الجسديّة، والنفسيّة، والمعرفية، والسلوكيّة، نتيجة إدراكه مثيرات أو عوامل بيئيّة داخليّة أو خارجيّة، وتفاعله معها على أنها مرهقة تتجاوز قدرته على التكيّف وتهدد وجوده. وتعرف هذه العوامل باسم مصادر أو مسببات الضغط النفسي.



توضيح العلاقة بين العناصر الأساسية للضغط النفسي

وفيما يلي توضيح لهذه العناصر:

- **المثيرات:** تتمثل في القوى المسبّبة للضغط النفسي، وتؤدّي إلى الشعور به.
- **الاستجابة:** تتمثل في ردود أفعال الفرد الجسديّة، والنفسيّة، والمعرفيّة، والسلوكيّة تجاه هذا المثير.
- **التفاعل:** هو نتاج التلاحم بين العوامل المثيرة للضغط النفسي وشكل الاستجابة له.

ثانياً . جهاز الضغط النفسي الفيزيولوجي:

٥ .١. الإحساس بالضغط النفسي:

إنَّ وجود أعباء ومتطلبات تفوق قدرة الفرد على تحمّلها، وتُعيقه عن إشباع حاجاته وتحقيق أهدافه، تجعل الجهاز الفيزيولوجي والجهاز التنفسي يبذلان جهوداً تكيفية لتفادي هذه الإجهادات وهذه المشقة للتغلب عليها وحين يكون الفرد تحت ظروف المشقة والضغط يكون مختلفاً من الناحية الفيزيولوجيّة والنفسيّة عنه في الحالة العادية، فيشعر الفرد بحالة عامة من عدم الارتياح والوطأة والعبء الذي يقع على كاهله، ومضمون هذه الحالة هو الضغط النفسي ذاته، فمن الناحية البدنية الفيزيولوجيّة تحدث اختلالات في دفاعات النفس وانهيارها، وتشوهات في الإدراك، وتغيرات في المزاج، وانتقال من المزاج الإيجابي إلى المزاج السلبي (الرشيدي، ١٩٩٩، ٦٦).

٥ .٢ الاستجابة للضغط النفسي:

وُصفت كيفية استجابة أجسامنا للضغط النفسي للمرة الأولى في الثلاثينيات من القرن الماضي من قبل الطبيبين الأميركيين وولتر كانون وهانز سيلي، وقد اكتشفا أنَّ أوّل ردٍّ فعل لضغط شديد هو ما يعرّف

باستجابة قاتل أو اهرب (**Fight Or Flight**) التي" تُعدّ أول آلية لحماية الجسم، إما من أجل المقاومة (مواجهة الضاغط مسبب الضغط) أو الفرار (تجنب مسبب الضغط) أو التهديد به" (شيخاني، ٢٠٠٣، ١٥).

" وإذا استمر الضغط النفسي بعد بدء ردة فعل المواجهة أو الهرب ينخفض النشاط العصبي السيمبثاوي (**Sympathetic Nervous**) الذي ينظم حياتنا الجسميّة " (Cohen, 1998, p214).

هذا يعني أنَّ الجهاز العصبي (**Nervous System**) يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى بروابط عصبية خاصة تنقل له الإحساسات المختلفة الداخليّة والخارجيّة، فيستجيب لها على شكل تعليمات إلى أعضاء الجسم، مما يؤدّي إلى تكثيف نشاط الجسم ومواءمته لوظائفه المختلفة. وبعبارة أخرى يقوم كل جهاز من أجهزة الجسم بالاستجابة للضغوط التي يتعرض لها الفرد. وترى الباحثة أنَّ من الضروري والمنطقي الحديث عن أهم الأجهزة التي تتحكم في الاستجابة الجسميّة (غير المحددة) للضغط النفسي، وليس ما يهمنا هنا التعرُّض لهذه الأجهزة أو الأجزاء، بقدر ما يهمنا المناطق ذات الصلة بالضغوط النفسيّة التي تكون مسؤولة عن إنتاج الاستجابة الفيزيولوجيّة للضغط، وهي:

١. الجهاز العصبي المركزي.
٢. الجهاز العصبي المستقل.
٣. الغدد الصماء.

كما يتأثر نشاط جهاز الضغط النفسي الفيزيولوجي بعدة عوامل، منها:

١ . جنس الفرد.

٢ . مراحل الحياة المختلفة كالبلوغ، والحمل، والدورة الطمثية (الشهرية) (شريف، ٢٠٠٣، ٥١).

تفاعل سمات الشخص، وإدراكه، واتجاهاته، ومزاجه، وخبراته السابقة، وحاجاته مع البيئة المحيطة به من حوادث الحياة والظروف الاجتماعيّة، وظروف بيئة العمل، تلعب دوراً أساسياً في عملية الإحساس بالضغط النفسي. وعدم نجاح الشخص في التغلُّب على الضغوطات والتكيّف معها ينجم عنه تأثيرات سلبيّة خطيرة للضغط تؤدّي بدورها إلى الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية.

ثالثاً . المصطلحات ذات الصلة بالضغوط النفسية:

هناك بعض المصطلحات الأخرى التي تتداخل في الواقع من قريب أومن بعيد مع مصطلح الضغط النفسي، ومع مصطلح الضواغط، وفيما يلي تقدِّم الباحثة عرضاً موجزاً لأهم هذه المصطلحات مع ما تعنيه من مدلولات لزيادة الرؤية وضوحاً، ومنعاً للتشويش واللبس والغموض في الفهم. **ومن هذه المصطلحات:**

٢ . ١. الاحتراق النفسي أو الإعياء: (Burnout)

يمكن أن تؤدي الضغوط النفسيّة إلى ما يسمى بالاحتراق النفسي الذي يتضمن" حالة انفعالية متطرفة وتعباً جسمانياً يشعر عندها الفرد بفقدان الأمل والتعاسة" (التل، ١٩٩٣، ٤٠٠).

وقد أوردت ماسلاش (Maslach) تعريفاً للاحتراق النفسي لدى العاملين بأنه" فقدان الاهتمام بالأشخاص الموجودين في محيط العمل، حيث يحس الفرد بالإرهاق والاستنزاف العاطفيين، اللذين يجعلان هذا الفرد يفقد الإحساس بالإنجاز، ويولّدان عنده اتجاهات سلبيّة نحو الأفراد، ويفقد بذلك تعاطفه نحوهم " (المرزوقي، ٢٠٠٤، ٦).

بعبارة أخرى: الاحتراقُ النفسي هو الاستنزاف أو استنفاذ الجهد على المستويات البدني والانفعالي والمعرفي، يظهر نتيجة ضغوط نفسيّة شديدة تسببها أعباء العمل ومتطلباته، فهو أعلى درجة من الضغط النفسي.

٢. ٢. التوتر: (Strain)

عرّف **ويليامز (Williams.C)** التوتر أنّه" رد الفعل النفسي والبدني لحالات داخليّة أو بيئيّة، لا يستطيع الفرد أن يتكيف معها بشكل يتوافق مع قدراته الذاتية " (حمزة، ٢٠٠٤، ١٢).

وترى الباحثة أنَّ ردود فعل الفرد تجاه المواقف أو الأعمال التي تشكل تحدياً أو تهديداً له غالباً ما تتجلى بمشاعر سلبيّة، كالغضب، والحزن، والكآبة، واليأس.

كما تبين أنَّ "التوتر العصبي يمثل أحد النتائج العديدة التي تنجم عن مسببات الضغط النفسي"(Lauthans, 2010, p130).

٢ . ٣. القلق: (Anxiety)

يعرّف روي (Rowe) القلق أنّه" شعور بعدم الارتياح النفسي والجسدي، والخوف وترقب الشر من خطر مرتقب لا يعرف مصدره" (القحطاني، ٢٠٠٤، ٩).

وعلماء النفس كثيراً ما يعتبرون القلق والضغط النفسي شيئاً واحداً، إلا أنهما في الحقيقة يختلفان إذ أنَّ القلق قد يولّد ضغطاً نفسياً، واستجابة القلق تُحدثها في الغالب مثيرات مهددة للفرد مجهولة المصدر، بينما استجابة الضغط النفسي تظهر حين يتطلب من الفرد التكيّف مع المتغيرات البيئيّة، سواء أكانت هذه التغيرات مهددة أو بنّاءة بالنسبة للفرد " (أبو مغلي، ١٩٨٧، ٦٥). فالقلق إذاً هو نتاج " للضغط النفسي " (Lazarus & Folkman, 2008, p12).

٢ . ٤. الانفعال: (Passion)

"هو حالة وجدانيّة عنيفة تصحبها اضطرابات فيزيولوجيّة حشوية، وتعبيرات حركية مختلفة. كما أنه حالة ربما تصيب الفرد بصورة مفاجئة، كما أنه يتخذ صورة أزمة عابرة طارئة، لا تدوم وقتاً طويلاً. إذاً الانفعال هو حالة من الاهتياج العام، تُفصح عن نفسها في شعور الفرد وجسمه وسلوكه " (الدريهم، ٢٠٠١، ٣٢).

٢ .٥ . اضطراب ما بعد الصدمة الضاغطة: (PTSD) Post -Traumatic Stress Disorder

هو" مجموعة المشكلات التي يعانيها الفرد بعد مرور الصدمة الضاغطة بفترة. مثل: اضطراب النوم، الحذر الزائد، الهلع، سرعة الانفعال، الاستثارة، وسيطرة بعض الأفكار الاقحامية أو التي لا مبرر لها" (Moore, 2003, p116).

٢ . ٦ .الأزمة: Crisis

هي" الحادثة المفاجئة التي تتطلب من الفرد القيام باستجابات فورية لها، وقد تؤدّي بالفرد إلى معاناة بعض المشكلات النفسيّة والصحيّة بعد حدوثها. مثل: الكوارث الطبيعية، فقد الأبوين، والانتقال المفاجئ " (Stewart, 2006, p143).

رابعاً . أنواع الضغوط النفسيّة:

تشير المصادر المختلفة إلى وجود عدة أنواع من الضغوط النفسيّة، حيث تُصنّف من حيث الديمومة إلى:

٣-١- الضغوط المؤقتة: Acute Stresses

هي الضغوط التي" تحيط بالفرد فترة وجيزة ثم تزول وتنقشع، مثل هذه الضغوط ترتبط بموقف مفاجئ وسريع، إلا أنها قليلة التكرار، ولا يدوم أثرها فترة طويلة " (مريم، ٢٠٠٦، ٥٦).

مثال: ضغوط الامتحانات، الزواج الحديث، الانتقال إلى منزل جديد، ضغوط النقل أو التسريح التعسفي من العمل، وغيرها من المواقف والضواغط المؤقتة التي لا تدوم طويلاً. إنَّ مثل هذه الضغوط" لا تُحدِث ضرراً بالفرد، إلا إذا كان الموقف الضاغط أشد صعوبة من مقدرة الفرد على التحمّل" (Seaward, 1999, p7).

٣ – ٢- الضغوط الدائمة: Chronic Stresses

هي الضغوط التي" تحيط بالفرد لمدة طويلة نسبياً، كتعرّض الفرد لآلام مزمنة، أو وجوده في أجواء اجتماعيّة واقتصادية غير ملائمة بشكل مستمر" (الحواجري، ٢٠٠٤، ص٤٤).

ويرى **فيليب (Philip)** أنَّ الضغط النفسي الدائم أو المزمن هو" ذلك النوع الذي ينشأ من الاستمرار في مواجهة مواقف ضاغطة تتعلق بالمتطلبات الشخصيّة الكثيرة فترة طويلة من الوقت، وعدم القدرة على تجاوزها، ومحاولة الشخص البحث عن المصادر الداخليّة والخارجيّة لإشباعها" (عويس، ٢٠٠٣، ١٩).

وتشير الأبحاث والدراسات إلى أنَّ " السبب الرئيس لظهور الأمراض النفسيّة و النفسيّة الجسديّة كثيراً ما ينشأ نتيجة التعرض لضغوط دائمة مزمنة ناجمة عن تكيف الشخص مع أوضاع عائلية أو مهنية سيئة " (Leats & Stolar, 1993, p30).

وتُصنّف الضغوط حسب الإثارة إلى:

٣-٢-١- الضغوط الإيجابيّة والضغوط السلبيّة:

- **الضغوط الإيجابيّة: Eu – Stresses**

هي عبارة عن" التغيرات والتحديات التي تفيّد نمو الفرد وتطوره، كالتفكير مثلاً، وهذا النوع من الضغط يُحسّن من الأداء العام، ويساعد على زيادة الثقة بالنفس". كما إنَّ كل واحد منا يحتاج إلى الضغط النفسي الإيجابي وذلك " للإفادة بأكبر قدر ممكن من الحياة، لأنه يعمل كحافز يساعد على مواجهة التحديات اليوميّة" (كينان، ١٩٩٩، ٩).

أمّا الباحثة فترى أن الضغط النفسي لا يُعتبر سيئاً، إذا تعاملنا معه بطريقة إيجابيّة، بحيث يسعى الفرد إلى البحث عن النواحي الجيدة، والمفيدة التي تكون بمثابة دافع أو حافز نحو العمل والإنجاز.

والضغط النفسي الإيجابي يساعد على ما يلي:

- رفع القدرة الإنتاجية والإبداعيّة.
- الحيوية.
- التفاؤل.
- النظرة الإيجابيّة إلى الأمور.
- مقاومة الأمراض.
- التحمُّل.
- اليقظة الفكريّة.
- العلاقات الشخصيّة الجيدة. (دائرة الصحة والخدمات الطبية، ٢٠٠٢، ٥).

- **الضغوط السلبيّة: Dys – Stresses**

وهي عبارة عن" الأحداث التي تؤدي بدورها إلى الشعور بالتعاسة والإحباط وعدم السرور، أي عدم الاتزان النفسي" (الحواجري، ٢٠٠٤، ص٤٤)

فالضغط النفسي السلبي يجعل الجسم معرضاً لما يلي:

- الإرهاق أو التعب.
- سرعة الغضب.
- عدم التركيز.
- الكآبة.

- التشاؤم.
- المرض.
- الحوادث.
- عدم الرغبة في التخاطب والاختلاط.
- انخفاض القدرة الإنتاجية والإبداعيّة.
- الانتحار. (دائرة الصحة والخدمات الطبية، ٢٠٠٢، ٦).

إنَّ كلاً من الضغوط النفسيّة الإيجابيّة والسلبيّة تُشعر الفرد بالتوتر، ولكن مع اختلاف تأثير الموقف على الفرد، بحيث يتوقف ذلك على أسلوب الفرد في تعامله مع المواقف والأحداث المسببة للضغط النفسي، وعلى إدراكه لها، ومن ثم اعتباره و تقييمه للضغط على أنه مفيد وحسن أو سيئ ومزعج.

وفي هذا الصدد يذكر **موريس (Morriss)** أنَّ "الإحساس بالضغوط النفسيّة بنوعيها السلبيّة والإيجابيّة، يعتمد على تقويم الفرد للموقف على نحو أساسي، فقد يشّكل الموقف ذاته ضغطاً سلبياً لشخص ما، بينما قد يشّكل ضغطاً إيجابياً للآخر" (Morriss,2000 , p210)

ومن الممكن أن يكون الضغط النفسي مفيداً في حال اعتبار الموقف الضاغط الذي نتعرض له على أنه مصدر عون على النجاح والإنجاز لا مصدر إعاقة وفشل. فإن ما نتوقعه هو الذي نحصل عليه غالباً، وهذا ما أكدَّه الفلاسفة الرواقيون أمثال **زينون (Zenon) وابيكتيتوس (Epictetus)** في أنَّ "ما يحدث للناس من انفعال ليس بسبب الأشياء، بل هو في فكرتهم عنها" (بيك، ٢٠٠٠، ٤١).

وتضيف الباحثة هنا أنَّ من الممكن أن نذكر بأنَّ الضغوط النفسيّة يمكن أن تتخذ أشكالاً متعددة تبعاً لتقدير زمن حدوثها وإدراكها من قبل الفرد:

- **الضغوط النفسيّة الجارية: Current Stresses**

تنشأ هذه الضغوط وتتراكم من خلال تجربة الضغط النفسي الذي يدركه الفرد ويتفاعل معه واقعياً. كأن يستثار الجسد إثارة شديدة كاليقظة الشديدة أثناء مناقشة أو مناظرة، أو كتدفق طاقة المتسابق في مئة المتر الأخيرة في سباق الجري " (Schafer, 1992, p10).

- **الضغوط النفسيّة المتبقية:Residual Stresses**

هي الضغوط النفسيّة التي تتراكم وتبقى بعد أن ينتهي تأثير الموقف الضاغط على الفرد، إذ" يبقى الجسم في حالة من اليقظة لبعض الوقت بعد انتهاء الموقف الضاغط، أي فرط الإثارة سواء كانت سارة أم غير سارة، لها نتائجها نفسها على الفرد" (Schafer, 2002, p10).

- **الضغوط النفسيّة المتوقعة: Anticipatory Stresses**

هي" استجابة الفرد لضغط نفسي متوقع ، فيحضر الذهن والجسم سلفاً للتغيير، أو لتغيير مفاجئ نحو الأفضل أو ربما نحو الأسوأ " (شريف، ٢٠٠٣، ٤٠).

مثل ذلك: القلق الامتحاني، الخوف من عقاب الأهل عند خرق قوانين أو عادات معينة، الخوف من زلزال أو إعصار على وشك الحدوث.

أما من حيث الشدّة فيتم تصنيف الضغوط إلى:

- **الضغوط المرتفعة والضغوط المنخفضة:**

- **الضغوط النفسيّة المرتفعة: Hyper Stresses**

هي الضغوط الناتجة عن" تراكم الأحداث المسببة للضغط النفسي، بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدراته على التكيّف معها" (مريم، ٢٠٠٦، ٥٧).

- **الضغوط النفسيّة المنخفضة: Under Stresses**

هي الضغوط التي تحدث "عند شعور الفرد بالملل وانعدام التحدي والشعور بالإثارة، ويرى سيلي أنَّ الإنسان لابدّ من أن يعاني خلال حياته من الأنواع الأساسية من الضغوط النفسيّة" (Kahn & Cooper, 2013, p23).

كما يرى سيلي أنَّ " كل شخص يتعرض في حياته لعدد من الضغوط النفسيّة، وأنه يمتلك كمية من الطاقة يستعملها في التعامل مع الضغوط النفسيّة، ولكنّ مقداراً مناسباً من الضغوط يؤدّي إلى تحدي الأفراد ليعملوا أفضل ما بوسعهم، ولكن الضغوط النفسيّة الشديدة تؤدّي إلى اضطراب التوازن الجسمي" (طاهر والأميري، ٢٠٠٣، ١٢٧).

ترى الباحثة أنَّ التعرض لقليل من التوتر والضغط النفسي ضروري للتمتع بكثير من مظاهر الحياة، والإحساس بوجودنا فيها، وتفاعلنا معها، وإلا أصبحت حياتنا سئمة باعثة على الملل والضجر وفي كثير من الأحيان ما تؤدّي إلى الإصابة بالاكتئاب.

كما تصنّف الضغوط حسب المصدر إلى:

- **الضغوط الخارجيّة والضغوط الداخليّة:**

- **الضغوط الخارجيّة: Outside Stresses**

وتشمل هذه الضغوط" الحوادث غير السارة التي يصعب السيطرة عليها أو غير المتوقعة" (الحربي، ٢٠٠٢، ٦). ومن أمثلة ذلك: المشاحنات اليوميّة مع (أحد أفراد الأسرة، الجيران، مدير العمل، الزملاء وغيرهم)، وأحداث الحياة الرئيسيّة (كالازدحام، وصعوبة المواصلات، والضجيج، والتلوث البيئي، وتسديد بعض الفواتير...الخ)، أو خسارة منزل (جراء حريق، زلزال أو لغيره من الأسباب) الزواج، الطلاق، فقدان شخص عزيز، الحمل، الولادة، الإجهاض، مجيء فرد جديد للعائلة، وجود فرد معوق في الأسرة، فقدان العمل، التقاعد، عدم الرضا عن المركز الوظيفي...الخ.

- **الضغوط الداخليّة: Inside Stresses**

"هناك بعض الأشخاص يفرضون على أنفسهم ضغوطات في غياب العوامل التي تسبب الضغط، ويظهر هذا الضغط نتيجة الأفكار غير العقلانية عن أنفسهم وعن الآخرين" (الأشقر، ١٩٩٥، ٦).

حيث يُعد الحوار الذاتي السلبي الذي يُحدّث به الفرد نفسه حيال ما يعترضه من مواقف ضاغطة، ونمط سلوك شخصيته وغيره من العوامل المساعدة، من المصادر الداخليّة المسببة للضغط النفسي لديه.

كذلك تبين أنَّ الضغوط الداخليّة" من الممكن أن تُكوّن مشكلات مرضية جسميّة، أو مشكلات نفسيّة ناتجة عن مشاعر الحزن والأسى المرتبطة بالأحداث المزعجة" (Boulevard, 2001, p129)

خامساً. أعراض الضغوط النفسيّة:

والتعرض المفرط للضغط النفسي ينجم عنه إفرازات هرمونية غير متوازنة، يمكن أن تُحدث مجموعة من الأعراض الجسديّة، العقليّة، السلوكيّة، والعاطفيّة.

٤ . ١. الأعراض الجسديّة: Physical Symptoms

- جفاف الفم والبلعوم.
- التعب والانحطاط العام.
- رجفة أو ارتعاش عصبي.
- سرعة خفقان القلب.
- إسهال / إمساك.
- تردد الحاجة للتبول.
- اضطراب المعدة والجهاز الهضمي.
- ألم الرقبة.
- ألم أسفل الظهر / أعلى الظهر.
- نوبات دوار.
- فقدان الشهية للطعام / زيادة الشهية للطعام.
- ألم في الصدر.
- تشنج عضلات الجسم (شريف، ٢٠٠٣، ٤٢– ٤٣).
- فقدان الدافع الجنسي.
- تنمل اليدين والقدمين.
- العدوى (Frank, 2001, 23).

وكل هذه الأعراض تحدث "نتيجة ضعف جهاز المناعة لدى الفرد بسبب الضغط النفسي، وبالتالي تسهل مهاجمة الأمراض الجسديّة " (Schafer, 2002, p112).

٤ . ٢. الأعراض العقليّة المعرفيّة: Cognitive Symptoms

- فقدان التركيز.
- انحطاط في قوة الذاكرة.
- صعوبة في اتخاذ القرارات.

- التشوش (الفوضى) والارتباك.
- الانحراف عن الوضع السوي.
- نوبات هلع. (شيخاني، ٢٠٠٣، ١٩).

٤ .٣ . الأعراض النفسيّة الانفعاليّة: Emotional Symptoms

- تناوب في المزاج والانفعال.
- دافع قوي للبكاء.
- دافع قوي لإيذاء الآخرين.
- شعور بعدم الاستقرار العاطفي.
- فقدان الشعور بالمتعة.
- شعور بالقلق والحزن.
- خوف من المستقبل وتوقع حوادث وشيكة الحصول.
- خوف من عدم استحسان الآخرين.
- خوف من الفشل.(شريف، ٢٠٠٣، ٤٣ . ٤٤).
- ضعف الاستمتاع الجنسي.
- قلة الصبر على غير العادة.
- شعور بأن الأمور خارجة عن السيطرة.
- شعور بفقدان الأمل أو بالخيبة (Spurlock, 2002, 57).

ويخلص **كوبر (Cooper، 1988)** إلى الجمع بين أهم الأعراض الجسميّة والنفسيّة للضغوط النفسيّة، كما هو موضح في الجدول التالي:

أهم الأعراض الجسميّة والنفسيّة للضغوط النفسيّة عند كوبرCooper

الأعراض الجسميّة للضغوط النفسيّة	الأعراض النفسيّة للضغوط النفسيّة
– فقدان الشهية.	– إثارة مستمرة مع الناس.
– رغبة شديدة في الأكلّ عندما يكون تحت ضغط.	– شعور بعدم القدرة على التكيّف.
– سوء هضم متكرر أو حرقان في المعدة.	– إحساس بالفشل.
– إمساك أو إسهال.	– شعور بالقبح.
– أرق.	– قلة اهتمام بالآخرين.
– تعب متكرر.	– عدم قدرة على إظهار المشاعر الحقيقية.
– عرق لسبب غير هام.	– شعور بأنّه هدفٌ للعداء من الآخرين.
– ارتعاشات عصبية.	– قلة إحساس بالمرح.
– نوبات إغماء.	– شعور بعدم الاهتمام.
– صداع.	– فزع من المستقبل.
– تشنجات وتقلصات عضلية.	– شعور بعدم ثقة في الآخرين.
– غثيان.	
– صعوبة تنفس بدون مجهود.	

(الحواجري،٢٠٠٤، ص٤٠).

٤ . ٤ . الأعراض السلوكيّة: Behavioral Symptoms

- تغيرات في الشهية (الأكل كثيراً أو قليلاً).
- زيادة في تناول الكحول وسائر العقاقير.
- إفراط في التدخين.
- تململ.
- نزق (حدة الطبع).
- ارتجالية التصرف.

- صعوبة الاستغراق في النوم.
- قلق متميز بحركات عصبية.
- قضم الأظافر (شيخاني، ٢٠٠٣، ١٩).
- تمتمة وتلعثم في الحديث.
- جفل وخوف سريع.
- حديث أكثر من العادة.
- شحذ الأسنان.
- صعوبة الجلوس لفترة من الزمن.
- تهجم لفظي على أحد ما.
- صعوبة البقاء بالحيوية نفسها طويلاً.
- وسواس المرض (شريف، ٢٠٠٣، ٤٥-٤٦).

ويمكن تصنيف الأعراض السلوكيّة للضغوط النفسيّة -حسب رأي الباحثة- على أنها نوع من الأساليب السلبيّة التي يلجأ إليها الفرد للتكيف أو التعامل مع الموقف الضاغط.

٤ . ٥. الأعراض الاجتماعيّة: Social Symptoms

لوحظ أنَّ "الضغوط النفسيّة التي يتعرض لها الفرد، أثّرت في علاقاته الاجتماعيّة، وأحدثت ضعفاً وتدهوراً، إضافة إلى ضعف الاهتمام بالأنشطة الاجتماعيّة المحببة إليه" (الطعاني، ٢٠٠٥، ٧٦).

لذلك نجد أنَّ الفرد يتجنب العلاقات الاجتماعيّة، ويعيش في عزلة اجتماعيّة. مثل" إنهاء العلاقات الاجتماعيّة، والعزلة والانسحاب داخل الذات، وانعدام القدرة على قبول المسؤوليّة وتحمُّلها، والفشل في القيام بالواجبات اليوميّة والعادية " (عريبات، ١٩٩٤، ٧).

٤ . ٦. الأعراض المهنيّة: Professional Symptoms

ما يتعرض له الفرد من ضغوط في حياته اليوميّة في كافة المجالات ينعكس بدوره على المؤسسة أو المنظمة التي يعمل فيها، وهذا ما تؤكده النظريّة التي تقول" إن الضغط هو العامل الرئيس في كثير من

المشكلات التنظيمية، وبخاصة مشكلات الأداء المنخفض، ودوران العمل، والتغيب والتسرب الوظيفي" (يوسف، ٢٠٠٤، ٢٦).

وتأثيرات الضغط النفسي غير سلبيّة دائماً، بل يمكن أن تكون إيجابيّة في بعض الأحيان، إذ إنها" قد تعطي نوعا من التحدي والإثارة للعاملين في المنظمة" (الكاساني، ٢٠٠٠، ٣٤).

يمكننا القول: إنَّ الضغوط النفسيّة تعني ذلك التأثير الداخلي لدى الفرد، الناجم عن التفاعل بين قوى ضاغطة ومكونات الشخصيّة، قد يؤدّي إلى اضطرابات جسديّة أو نفسيّة أو سلوكيّة، سواء كانت على الصعيد الشخصي أم الاجتماعي أم المهني لدى هذا الفرد.

وليس من الضروري أن يتصاحب الضغط النفسي مع كل هذه الأعراض، وإنما يكون ذلك تبعاً لطبيعة الموقف الضاغط ومصدره من جهة، وتبعاً للفروق الفردية في الاستجابة لها من جهة أخرى. وفي خلاصة للأبحاث التي أُجريت عن التغير الاجتماعي والمرض أشار هينكل (Hinkle) إلى أنَّ "هناك بعض الأشخاص الذين عاشوا مواقف حياتيّة قاسية وتعرضوا لأزمات مختلفة ومع ذلك لديهم قليل من الأعراض المرضية وظلوا محتفظين بصحتهم الجسميّة والنفسيّة " (الغزي، ١٩٩٩، ٧).

أمّا الباحثة فترى أنَّ أعراض الضغط النفسي الجسديّة من أكثر المؤشرات دلالة على التفاعل الذي يحدث بين الفرد والبيئة. ولكن في الوقت نفسه لا يمكن أن تظهر هذه الأعراض كاستجابة الفرد للموقف الضاغط دون أن تسبقها أو تتخللها العمليات النفسيّة والعقليّة التي تتخذ شكل الأعراض، ثم تليها فيما بعد الأعراض الاجتماعيّة والمهنيّة كردة فعل، كلاً حسب أهميتها وزمن وجود الفرد في بيئتها.

١.٧. الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية:

يضيف الطفل المعوق إلى أعباء الأسرة متطلبات مادية جديدة، فالرعاية الصحية والطبية للطفل قد تتطلب تكاليف مالية كبيرة، وهذا مصدر آخر للضغوط لا سيّما حين يكون وضع الأسرة الاقتصادي سيئاً، ومما يزيد العبء على الأسرة اضطرار الأم ترك عملها لرعاية الطفل والعناية به، مما ينجم عنه انخفاض دخل الأسرة، وتقليص الوقت والطاقة لدى الآباء والأمهات لزيادة الدخل الأسري (القدسي، ٢٠٠٥، ٢٩).

سادساً: الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين باضطراب لتوحد:

الأمومة مهمة صعبة وشاقة حتى في الظروف المثالية، فهي تتطلب الكثير من الوقت والجهد والطاقة؛ لأنها تهدف إلى رعاية الطفل وحمايته من الأذى، وتعليمه كثيراً من المهارات الاجتماعية، وتدريبه على الاستقلالية والاعتماد على نفسه، وعادة يتعلم الطفل العادي هذه المهارات خلال نموه الطبيعي، فيقدم بالتالي للأم الرضا والسعادة. لكنّ طفولة الطفل المعوق تختلف عن طفولة الطفل العادي، فقد يصبح الطفل المعوق مصدراً للضغط النفسي بسبب عوامل متعددة أهمها مطالب الطفل المعوق اليومية والمتزايدة، وهذه ترهق الأم وتسبب لها التوتر والقلق، مما يترك آثاراً سلبية على كل من الطفل والأم (Darling, 1993, 1-2).

فإذا كان كل تغير يحدث لأحد أفراد الأسرة يمكن أن يؤثر في بقية الأفراد، فإن مولد طفل معوق يؤثر تأثيراً كبيراً في جميع أفراد الأسرة. وإذا كانت مهمة تربية الأطفال العاديين صعبة فإن مهمة تربية الأطفال المعوقين من أكثر المهام الملقاة على عاتق الأسرة صعوبة وتعقيداً. وتبدأ هذه الصعوبات منذ لحظة ولادة الطفل، وعدم تصديق حقيقة أن الطفل غير عادي. إنها ضغوط فترة التشخيص حيث تشعر الأمهات بالتوتر والارتباك والشك حول إعاقة الطفل، كما تشعر بالخوف والتوتر من احتمال فقدان الطفل أو الانفصال عنه، إضافة إلى مشكلة ضآلة المعلومات حول الإعاقة، وكيفية التعامل مع الطفل المعوق، وطرق العناية به، إنها مرحلة الحزن والتمزق واليأس وخيبة الأمل والإحباط والغضب.

إنّها ضغوط حقيقية، وأزمة واقعية بالنسبة للوالدين وخاصة الأم، فكلّ يوم فيه تحديات وعقبات جديدة تواجه فيه الأم صعوبة تحقيق التوازن بين تلبية حاجات الطفل المعوق الدائمة والمستمرة، وبين القيام بالمسؤوليات اليومية الملقاة على عاتقها. وهذا الخلل بين المطالب المفروضة وبين قدرة الأم على تنفيذها هو مصدر هام للضغط النفسي بالنسبة لأم الطفل المعوق (Melnyk, 2001, 547–549).

والأم تُمضي أوقاتاً طويلة في تلبية احتياجات الطفل المعوق ورعايته، فرعاية الطفل المعوق المزمنة والمستمرة هي السمة التي تغلب على أسر الأطفال المعوقين عن أسر الأطفال العاديين. لأنّ العناية بالطفل تستمر طوال اليوم، وبالتالي، يمكن أن تكون الضغوط قاسية وتنهك الأسرة جسدياً ونفسياً، ويشعر آباء الأطفال العاديين بالراحة والسعادة حين ينظرون إلى المستقبل حيث يحقق أبناؤهم الاستقلالية والتمايز والنمو والانجاز الذاتي، في حين تشعر أسر المعوقين بعبء مستمر مزمن، فهي ترى اليأس والتبعية والعزلة

الاجتماعية، وتعيش في حزن مستمر ودائم وتعاني من ضغوط نفسية مستمرة مزمنة. إنّ العناية بالطفل المعوق تتطلب قدراً لا يُستهان به من الطاقة الجسمية، والعيش اليومي مع طفل معوق يشكل عبئاً جسمياً ونفسياً لا يعرفه آباء الأطفال العاديين (الكاشف، ٢٠٠١، ١٤٩).

ويزداد هذا العبء النفسي والجسدي، وتزداد مشاعر اليأس والحزن عندما يقارن الآباء والأمهات أطفالهم المعوقين بالأطفال العاديين، فالاختلاف في القدرات والإمكانيات سواء العقلية أو الاجتماعية أو الجسدية مصدر آخر للضغوط والتوتر؛ حيث تزداد هذه الضغوط عندما تراقب الأمهات أبناءهن وهم يحاولون إنجاز المهمات المطلوبة منهم التي يسهل على الأطفال العاديين في مثل سنهم القيام بها. وهذه الفروق والاختلافات في القدرات التي تظهر بوضوح خاصة عند دخول الطفل المعوق المدرسة سبب هام من أسباب الضغط النفسي لديهن (Melnyk, 2001, 50).

كما يُعدّ البرنامج التربوي المُقدّم للطفل مصدراً آخر للضغوط، فالتوجه الحديث نحو دمج الطفل المعوق في المدارس العادية، ومعارضة تربية الأطفال المعوقين في مؤسسات خاصة معزولة قد يتسبب في زيادة الضغوط لدى الوالدين، لأن دمج الطفل المعوق مع الأطفال العاديين يعني المقارنة الدائمة بين قدرات الطفل المعوق والطفل العادي، إضافة إلى الإحساس بالضيق لعدم تهيئة الجو المدرسي العادي لتلبية حاجات الطفل المعوق فضلاً عن نظرات آباء الأطفال العاديين وأمهاتهم إلى طفلهم، ولكن هذا لا يعني عزل الطفل المعوق في مدارس خاصة، بل يعني العمل على الدمج بطريقة علمية وفقاً لدراسات وتجارب سابقة تجعل الدمج يحقق فوائد كثيرة للطفل والأسرة بدلاً من أن يكون مصدراً للمشكلات والضغوط (الحبيش، ٢٠٠٣، ١٠).

ولا شك أنّ قضية الرفض الاجتماعي للطفل المعوق، والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين مصدر هام للضغوط، فنظرات الشفقة من الآخرين، واستغرابهم ونصائحهم وأسئلتهم تسبّب للآباء والأمهات توتراً وقلقاً وشعوراً بالخجل من إعاقة الطفل، مما يدفعهم إلى الابتعاد عن الآخرين، والعزلة الاجتماعية للتخلص من مصدر هام مستمر للضغوط التي يعانون منها. لكن العزلة الاجتماعية والانسحاب من المجتمع يترتب عليه شعور الآباء والأمهات بالإحباط والفشل، فتزداد لديهم مشاعر الغضب والعداء تجاه الآخرين، مما يزيد من ابتعاد الآخرين عنهم، وهكذا يجد آباء الأطفال المعوقين وأمهاتهم أنفسهم في عزلة اجتماعية (الخطيب وآخرون، ٢٠٠٢، ٢٧١).

وتبدأ الضغوط النفسية التي تعيشها أسرة الطفل المعوق منذ لحظة تشخيص الإعاقة، وترتبط بمراحل النمو في حياة الطفل المعوق وفقاً لما يلي:

- مرحلة حمل الطفل وولادته، والتشخيص الدقيق للإعاقة، وإعلام أفراد الأسرة بولادة طفل معوق.
- مرحلة الطفولة، وعمر المدرسة، والتعامل مع الأقران، والأنشطة المتاحة للطفل والبرامج التعليمية.
- مرحلة المراهقة، والمشكلات الجنسية، والتخطيط المهني للمستقبل، ورفض المراهق من قبل الأقران.
- مرحلة الرشد وتكوين العلاقات الأسرية والاجتماعية، ومعرفة عدم وجود فرصة للدمج المجتمعي (القدسي، ٢٠٠٥، ٢٩).

وهكذا ترى الباحثة أن مصادر الضغوط النفسية التي يعاني منها آباء الأطفال المعوقين وأمهاتهم متعددة ومتنوعة، وهي مستمرة ومتغيرة من وقت إلى آخر ومتزايدة. ولذلك فإن تقبل الحقيقة والتعامل مع الواقع هو الحل لمواجهة هذه الصعوبات والتحديات التي يواجهها آباء الأطفال المعوقين وأمهاتهم. والباحثة هنا لا تؤكّد أن الضغوط النفسية توجد لدى جميع أسر المعوقين، لكنها تبيّن تعرّض العديد من الأسر للضغوط، لأسباب متعددة، أكثرها وضوحاً هو أنّ الإعاقة حدث غير متوقع بالنسبة للوالدين. كما أن أسر الأطفال المعوقين تعيش في عالمنا المعاصر التي تعقدت فيه الحياة وتزايدت أعباؤها ومسؤولياتها، فكيف يكون حال هذه الأسر وقد أضيفت إلى ضغوطها الناجمة عن الحياة المعاصرة ضغوط جديدة مصدرها الطفل المعوق، والأم بشكل خاص على اتصال مباشر يومي مع طفلها المعوق، فهي المسؤولة الأولى عن تربيته والعناية به، لذلك يجب على الاختصاصيين العمل مع أسر المعوقين سوياً وتقديم النصح والإرشاد والتشجيع. ونظراً لأن هناك عوامل متعددة تقرر مستوى الضغوط التي تواجهها تلك الأسر، فلابد من التأكيد على أن تكون الجهود المبذولة لمساعدتها ودعمها متعددة ومتنوعة تلبي احتياجاتها المختلفة، وتساعدها على تخطي المشكلات التي تعاني منها.

المحور الثالث: التفكير الإيجابي.

تمهيد.
أولاً: مفهوم التفكير الإيجابي.
ثانياً: أهمية التفكير الإيجابي في حياة الإنسان.
ثالثاً: العوامل المؤثرة في التفكير الإيجابي.
رابعاً: فوائد التفكير الإيجابي.
خامساً: أبعاد التفكير الإيجابي.
سادساً: خصائص (سمات) المفكرين إيجابياً.
سابعاً: سمات التفكير السلبي مقارنة بالتفكير الإيجابي.
ثامناً: استراتيجيات وقواعد لإكساب التفكير الإيجابي.
تاسعاً: الإرشاد العقلاني الانفعالي (النشأة والتطور).
عاشراً: مفاهيم ومسلمات الإرشاد العقلاني الانفعالي.
أحد عشر: الإرشاد الجماعي.
اثنا عشر: مجالات استخدام الإرشاد الجماعي.
ثلاثة عشر: أهمية الإرشاد الجماعي في المجال التربوي.

التفكير الإيجابي

تمهيد:

يُعدّ التفكير عاملاً من العوامل الأساسية في حياة الإنسان، إذ أنّه يساعد الإنسان على توجيه الحياة وتقدمها، كما يساعد على حل المشكلات وتجنّب الكثير من الأخطار، وبه يستطيع الإنسان السيطرة على الأمور والتحكم بها وتسييرها لصالحه؛ فالتفكير عملية عقلية معرفية وجدانية راقية تُبنى وتُؤسس على محصلة العمليات العقلية المعرفية كالإحساس والانتباه والإدراك والذاكرة واللغة وترتقي عنها وبها.

وحين يكون التفكير إيجابياً يؤدي ذلك إلى حل فاعل وناجح للمواقف والمشاكل، وحين يكون سلبياً فإنه يؤدي إلى التعامل مع هذه المشكلات بأساليب سطحية خاطئة، سواءً كان ذلك بتضخيم هذه المشكلات والمبالغة في التعامل معها، وبالتالي عدم الوصول إلى حل مقنع لها، أو بتبسيطها واختزالها وإتباع أساليب سلبية في التعامل معها، وبالتالي عدم الوصول إلى حل مناسب لها.

فالتفكير السلبي يرتبط بتدهور المستوى الصحي وازدياد الحالات المرضية كالكآبة والضغط النفسي وغير ذلك، حيث تشير الدراسات والبحوث النفسية والتربوية إلى أنَّ الضغط النفسي لا ينشأ من المواقف الصعبة التي تحيط بالفرد بقدر ما ينشأ عن حالة اليأس التي تنتابه تجاه تلك المواقف الذي يوحي إليه بالعجز والفشل تجاهها وهذا ما يُعبّر عنه بالتفكير السلبي في الحياة والذي يجعل الفرد ينظر إلى حياته الخاصة بتقصير واستهزاء واستهتار وضعف وتقدير منخفض لذاته وإلى الحياة من حوله عامة بمنظار مظلم قاتم يجعله أكثر تعاسة وشؤماً.

أولاً: مفهوم التفكير الإيجابي:

يُولد الإنسان ولديه قدرة على التفكير وهي العقل، وهذا العقل البشري يحاول أن يلغي الفشل والتعاسة من حياة الفرد، فالعقل يعطي أوامره مباشرة إلى الأحاسيس والحركات الداخلية والخارجية للإبقاء على الخبرات السارة وإلغاء الخبرات غير السارة، ولهذا يجب أن يتدرب الإنسان على مهارة التفكير الإيجابي لتحويل كل أفكاره وأحاسيسه ليجعلها في خدمة مصالحه وحاجاته، بدلاً من أن تكون ضد هذه المصالح والحاجات (غانم، ٢٠٠٥، ٤١).

فالتفكير الإيجابي يساهم في تطوير مشاعر وتصرفات تتسم بالطمأنينة والثقة والصحة النفسية والسعادة، ونجاح الفرد في التغير الإيجابي يأتي مصحوباً بوجود تغير في طريقة تفكيره بما في ذلك الاهتمام بتعديل الأفكار والتوقعات الخاطئة عن النفس والآخرين أو تحسينها على الأقل (إبراهيم، ٢٠٠٨، ٦٢).

كما أن التفكير الإيجابي يستطيع تحويل التحديات والصعوبات إلى فرص للتعلم، والتعامل مع البدائل واستكشاف الإمكانات وتعظيمها لخدمة نماء إنسانية الإنسان (حجازي، ٢٠٠٥، ١٠٢).

وينصح سليجمان وآخرون بتبني التفكير الإيجابي الذي يساعد الفرد على تخطي الفشل وتحمل التحديات المختلفة (Seligman et al., 2004) فالتفكير الإيجابي أسلوب ومهارة وفن يمكن للفرد أن يتعلمه ويتدرب عليه، وغالبية الأفراد يقعون في المنطقة الوسطى منه وأقلية سعيدة من الأفراد تتزايد حظوظها من هذا النمط، وأقلية أخرى تعيسة تنخفض مستوياتها في هذا البعد من الشخصية (إبراهيم، ٢٠١١، ١١٤).

ويشير شاير وكارفر(Scheier & Carver) إلى أن التفكير الإيجابي يؤدي إلى التوجه التفاؤلي في الحياة، وأن التفكير السلبي يؤدي إلى التوجه التشاؤمي، ويجدان أن التوجه المتفائل في الحياة يؤدي إلى النجاح، بما يتضمنه من توقعات إيجابية للنجاح والسعادة والإنجاز، أما التوجه السلبي المتشائم فإنه يؤدي إلى فقدان الثقة في إمكانية مواجهة المواقف العادية والصعبة وتخطيها مما يؤدي إلى الفشل(Scheier & Carver, 1993, 62).

ويعرف يرلي التفكير الإيجابي بأنه " استراتيجيات إيجابية في الشخصية؛ وهو ميل ورغبة ونزعة إلى ممارسة سلوكيات أو تصرفات، تجعل حياة الفرد ناجحة، وتقوده الى أن يكون إنساناً إيجابياً(Yearley, 1993, 13).

ويعرف إبراهيم الناس الإيجابيين بأنهم: يتصفون بالسعادة لتبنيهم تلك الأفكار العقلانية التي تهديهم في توجهاتهم الشخصية والسلوكية والاجتماعية (إبراهيم، ٢٠٠٨، ١٢٢).

ويقول فنترلا (Ventrella) إن التفكير الإيجابي هو الإيمان بالاحتمالات، حتى عندما تستبعد هذه الاحتمالات، فهو المسؤول عن صناعة الخيارات المبدعة وعن مواجهة المشاكل (فنترلا، ٢٠٠٣، ١٤).

والتفكير الإيجابي عند بيفر هو "الانتفاع بقابلية العقل اللاواعي للاقتناع بشكل إيجابي (بيفر، 2008، 12).

ويرى محمد وآخرون أن التفكير الإيجابي هو الانتقال من التحكم الخارجي إلى التحكم الداخلي في نماذج التفكير السلبية عن طريق استبدال أفكار انهزامية الذات بأخرى إيجابية وتوكيدية (محمد وآخرون، ٢٠١٠، ١٦).

بينما يُعرّف سيشر وكارفر التفكير الإيجابي بأنه امتلاك الفرد قناعات ومعتقدات تجعله يضع توقعات إيجابية لخبراته المستقبلية تظهر في انتقائه سلوكاً محدداً وتفضيله (Scheier & Carver,1993, 26)

وفي ضوء ما سبق تقترح الباحثة التعريف التالي للتفكير الإيجابي:" إنِّ التفكير الإيجابي استراتيجية في التفكير يكتسبها الإنسان من خلال التعليم، وهي تنتج بشكل أساسي عن تعديل الفرد للأفكار السلبية عن نفسه والآخرين، وتقوده إلى تحقيق نجاحات في حياته تنعكس على الفرد والمجتمع.

ويمكن القول إنِّ التفكير الإيجابي يشمل مايلي:

- تهيؤ عقلي عام نحو إيجاد حلول للمشكلة، لا التوجه نحو العقبات التي تعقدها.
- الثقة بالقدرات الخاصة بالتفكير على معالجة المشكلة في الوقت الراهن.
- وجود توقعات مستقبلية متفائلة نحو الحياة.
- استخدام مهارات عقلية إيجابية تمكن الفرد من مراقبة التفكير وقيادته بطريقة إرادية (سالم،٢٠٠٦ ،٨٢).

وترى (دندي، ٢٠١١،١٤) أنّ التفكير الإيجابي لا يقف عند حدّ التخلص من الأفكار السلبية التي تراود الإنسان واستبدالها بأخرى إيجابية؛ بل هو أبعد مدى من ذلك، إنه هو الذي يمنح صاحبه طاقة إيجابية للعمل والبناء فهو كالمحرك الذي يدفع بعربة التفاؤل إلى الأمام، وفي هذا المقام تجد الباحثة أنِّ ليس من الإنصاف حصر التفكير الإيجابي في زاوية واحدة، تتمثّل في توقع حدوث الأفضل في كل الأوقات وعدم التفكير في الأسوأ، بل استبعاد الأسوأ من الذهن، إذ كيف يُعدّ المرء مفكراً إيجابياً دون أن يكون لديه حساب للعوائق وتركيز على الأسباب الواقعية لتحقيق النجاح.

ثانياً: أهمية التفكير الإيجابي في حياة الإنسان :

قدرة الإنسان على الاستبصار والتفكير الرمزي، تمكنّه من اكتشاف أسرار الأشياء في الطبيعة، وبالتالي الوصول إلى القوانين التي تمكنّه من تفسير الظواهر والسيطرة عليها وتسخيرها لصالحه. فالتفكير مصدر العلم، والعلم مصدر لتعديل سلوك الإنسان، وكلما ازدادت معرفة الإنسان بالأشياء تغيرت نظرته إليها، واختلفت ظروف الاستفادة منها، فقد ينظر الإنسان العادي إلى قطعة من الصخر على أنها مجرد شيء لا يضر ولا ينفع، لكنّ العالم الجيولوجي يعتبرها سجلاً تاريخياً لعصور ماضية يكتشف من خلالها خصائص تلك العصور.

وللتصور أهمية كبيرة في إدراك الإنسان لوجوده النفسي المستمر، فمن خلال التفكير يدرك الإنسان إنسانيته، ويستطيع أن يحافظ على وجوده عن طريق الاستفادة من تجارب الأجيال السابقة، وتكييف البيئة التي يعيش فيها، وتطوير أساليب التعامل معها. فقدرة الإنسان على التصور والتخيل تجعله يتخطى حدود الحاضر إلى المستقبل، فيتخيل مستقبله ويتصوره، فيحاول أن يخطط له ويعد له العدة وهو يعيش هذا الحاضر، وهذا التخطيط يشمل كل جوانب حياة الإنسان الاجتماعية والاقتصادية والسياسية...الخ. كذلك فإنّ قدرة الإنسان على التحليل والتركيب، تمكنّه من ممارسة تفكير منظم لحل مشكلاته الفردية والاجتماعية، حيث يأخذ الإنسان يبحث في جميع المشكلات التي تعترض حياته ويحللها، فيحاول أن يحلل أسبابها ليضع لها الحلول والمقترحات، ولا يقتصر تفكير الإنسان على حل مشكلاته الفردية بل يتعداها إلى علاج المشكلات الاجتماعية من خلال التفكير العلمي وتطويره.

ويسعى الفرد مهما يكن عمره، والزمان والمكان الذي يعيش فيه إلى أن تكون حياته وحياة من حوله مليئة بالسعادة، والرفاهية، والنجاح المتواصل في شتى مجالات الحياة، ولذلك يحاول جاهداً أن يجلب، لنفسه كما لغيره، الخير والمصالح المادية والمعنوية، وأن يدفع عن نفسه الأضرار والمفاسد، وما يمكّن الفرد من الوصول إلى مراده هو أن يقوم بادئ ذي بدء بتحسين مستوياته الفكرية، بتبني منهج فكري سليم عن نفسه وعن مجتمعه وعن الحياة بصفة عامة، وأن يدرب نفسه على التخلي عن الأفكار السلبية التي تحد من قدراته، و تضّيع جهوده في سبيل تحقيق ما يصبو إليه من أهداف حياته (الرقيب،٢٠٠٨ ، ٦٢).

ومن هنا تتضح أهمية التفكير الإيجابي في حياة الفرد والجماعة، فالفرد الإيجابي يفسر ما يحصل له من مواقف الفشل والعجز عن تحقيق الأهداف على أنها فرصة للتطوير، والتحسين، ويشعر بالتفاؤل والسعادة، بينما يفسر الفرد السلبي مواقف النجاح وتحقيق الأهداف على أنها حقه المكتسب الذي تأخر تحقيقه، ويشعر بالاضطهاد، أو الظلم من القوانين والناس المحيطين به (كاظم،٢٠١٠، ١٣٢).

ويستطيع الفرد أن يفكر فيما يؤدي إلى فشله وشقائه أو فيما يؤدي إلى نجاحه وسعادته، فالعالم الذي يعيش فيه الفرد لا تتحكم فيه الأحوال والظروف الخارجية أصلاً، بل تتحكم فيه الأفكار التي تستقر في عقله بصفة دائمة (بيل، ٢٠٠١، ١٠٦).

إنّ الفرد يستطيع أن يقرر طريقة تفكيره، فإذا اختار أن يفكر بإيجابية، فإنه يستطيع أن يزيل الكثير من المشاعر غير المرغوب فيها، والتي يمكن أنّ تعيقه عن تحقيق الأفضل لنفسه (كنيان، ١٩٩٥، ٨٩).

"ويرتبط الاتجاه العقلي الإيجابي ارتباطاً وثيقاً بالنجاح في كل مجال من مجالات الحياة" (تراسي، 2009، ٢٢٨). وحين يضع الفرد نفسه في إطار عقلي إيجابي، فإنه لا يشعر بإحساس أفضل بداخله فحسب، ولكنه – وهو الأهم – يؤثر تأثيراً إيجابياً في البيئة المحيطة، لأنّ الناس يفضّلون صحبة الشخص السعيد هادئ الأعصاب، وتفكيره الإيجابي ينعكس على الطريقة التي يتعامل بها الناس معه (بيفر،٢٠٠٨، ١١٨).

وتستنتج الباحثة أنّ الفرد، لكي يحقق النجاح، ويعيش سعيداً، ويحيا حياة متوازنة، يجب أن يشمل التغيير طريقة تفكيره وأسلوب حياته ونظرته تجاه نفسه والناس والأشياء والمواقف، والسعي الدائم إلى تطوير جميع جوانب حياته.

ثالثاً: العوامل المؤثرة في التفكير الإيجابي:

توجد عوامل كثيرة تؤثر في التفكير الإيجابي، في الأسطر القليلة التالية نذكر بعضاً منها:

– التفكير الإيجابي موجود عند كل فرد، لأنه متعلم وبإمكان تعلمه إذا تعلم الفرد ممارسته، وهذا يرجع إلى الثقافة المرجعية التي يرجع إليها الفرد (منصور، ٢٠٠٠، ٩٧). فالتربية والتنشئة الخاطئتان لهما تأثير خطير في تكوين الفرد النفسي والاجتماعي وتوجيه سلوكه، فإذا قامت التربية والتنشئة على الخوف والتوتر والانفعال والصراع الدائم والمتكرر فإنها تؤدي إلى بلورة شخصية مضطربة لدى الأفراد، وهذا ينعكس على

سلوك الفرد ونمط تفكيره، لذا يجب توفير أساليب تربوية يسودها التعاطف والحنان بين أفراد الأسرة، وتوفير تربية تحترم الفرد وتتقبل مشاعره واتجاهاته (غانم، ٢٠٠٥، ١٠١). والحياة الأسرية بما فيها من صلات وارتباطات، وما تحويه من سلوك ومعاملات، وما تدين به من مثل ومعتقدات، تؤثر تأثيراً كبيراً في تكوين شخصية الفرد وبلورة سلوكه ونمط تفكيره (بدران ومحفوظ، ١٩٩٤، ٦٦).

وتشجيع الوالدين الأبناء على الاستقلالية في التفكير واتباع أسلوب الحوار والنقاش والتفاهم، لا أسلوب إلقاء الأوامر والطاعة العمياء، والتخلص ما أمكن من أساليب التربية غير السوية كالقسوة والتهديد والتوبيخ، والسخرية والعقاب البدني والمعنوي، أو التدليل الزائد، والنبذ، والإهمال، أو التذبذب وعدم الثبات في أسلوب معاملة الأبناء، وتوفير مثيرات متنوعة مختلفة عديدة أمام الأبناء لإتاحة الفرصة لديهم للاختيار من بينها بما يناسب قدراتهم وميولهم واتجاهاتهم، وتنمية حب الاستطلاع عند الأبناء وتعزيزه لديهم من أجل تطوير قدراتهم العقلية والإبداعية. وجميع هذه الأساليب من السمات المميزة للمناخ الأسري الإيجابي التي تؤثر في نمط تفكير الفرد وتجعله تفكيراً إيجابياً (غانم،٢٠٠٥ ، ١٠٠).

فالأسرة هي البيئة الأولى والمكان الأساسي الذي تتهيأ فيه مواقف الأفراد ويتشكل فيه سلوكهم، ونمط تفكيرهم، وتظهر فيه اتجاهاتهم ومعارفهم وقيمهم. ويشارك الأسرة في تلك الوظيفة بعض المؤسسات الاجتماعية والثقافية مثل المدرسة، وجماعة الرفاق، ووسائل الإعلام، والمؤسسات الدينية.

- يتأثر التفكير الإيجابي بالثقافة السائدة والنظام الاجتماعي والسياسي السائدين. ولا تقتصر مفاهيم الإيجابية وما يرتبط بها من استراتيجيات التفكير على ثقافة أو حضارة أو عرق أو دين، إنها توحي بالإمكانات الهائلة التي يمكن أن يتطور بها أي مجتمع يمكنه أن يعزّز السلوك الإيجابي لدى أفراده، وتضع ذلك فنيات وممارسات يمكن الاسترشاد بها في تطوير الشخصية في مختلف الحضارات والعقائد (إبراهيم، ٢٠١١، ١٢٢).

إن الأنظمة السياسية الرجعية المتخلفة تسعى إلى إشعار مواطنيها بالعجز والضعف والنقص، حتى يقف هؤلاء المواطنون مسلوبي الإرادة وفي حاجة إلى تلك الأنظمة ولا يفكرون إلّا في إشباع حاجاتهم الأساسية في الحياة ولا يطالبون بحقوقهم، وبذلك فإن تلك الأنظمة الحاكمة المتخلفة تصبح حجر عثرة أمام ممارسة الفرد حريته الفكرية ويبقى تفكيره سلبياً ومحصوراً في حدود ما تقبله هذه الأنظمة وتسمح به، كما أن

القيود الاجتماعية وتعرض الفرد للحرمان يحدّ من قدرته على ممارسة التفكير الإيجابي المثمر ويجعله عرضة للاضطراب الفكري والتطرف فيه، وتتعدد أشكال هذا الحرمان فيكون حرماناً من المكانة والمركز الاجتماعي، أو حرماناً من إبداء الرأي بحرية (غانم،٢٠٠٥ ،١٤٤).

– لكي ينمو كل شيء نمواً صحيحاً، فإنّه يحتاج إلى فترة من الزمن، وعلى الشخص الإيجابي أن يقتنع تماماً أن الأفكار الإيجابية شأنها شأن أي شيء يزرع، يحتاج إلى فترة من الزمن كي ينمو، ومن ثم يشتد عوده، ومن بعدها يحين وقت حصاده (منصور، ٢٠٠٠، ١٢١).

رابعاً: فوائد التفكير الإيجابي:

من الفوائد التي يذكرها المؤلفون للتفكير الإيجابي ما يلي:

– التفكير الإيجابي هو الباعث على اختيار الأفضل وهو سر الأداء العالي، ويعزز بيئة العمل بالانفتاح والصدق والثقة ويحفز الإبداع والابتكار (فنترلا، ٢٠٠٣، ٤٧).

– التغيير الإيجابي البناء الذي يجريه الفرد داخل نفسه يكون له أثر نافع في شخصيته، وفي نشاطاته كافة، فالأفكار الإيجابية ترتبط بالمشاعر الجميلة وتحفزها، والإنسان الإيجابي بحكم رؤيته العالم بمنظور متفتح آمل، يرى كل ما حوله عبارة عن فرص للاستثمار الأفضل، فلا تقترب منه مشاعر الإحباط والقلق والتوتر إلا الحميد منها، ويتولد لديه شعور بتقدير الذات، وحب الذات دون أنانية ولا إفراط، ويشعر برضا داخلي (عبد الحق، ٢٠٠٨، ١١٢).

– حين يفكر الفرد بطريقة إيجابية تنجذب إليه المواقف الإيجابية، والعكس يحدث حين يفكر بطريقة سلبية فتنجذب إليه المواقف السلبية (الفقي، 2004، 118).

– الفرد الذي يفكر إيجابياً معتمداً على نفسه، وينظر نظرة متفائلة يستطيع أن يجذب ما حوله فعلاً، ويطلق القدرات التي تحقق الهدف (بيل، ٢٠٠١، ٨١) فأصحاب هذا النمط من التفكير يحققون مكاسب اجتماعية إضافية، فالناس بطبيعتهم يحبون الشخص الذي يفكر ويتصرف بإيجابية، والأفراد يحبون أن يكونوا محاطين بذوي الإيجابية في التفكير والسلوك وعلى مقربة منهم لأنهم ينشرون التفاؤل حيث يذهبون، والطاقة الإيجابية على العمل والنشاط، ويحركون في الآخرين دوافع الانجاز والنشاط، ويبثون بذور التعاون والتسامح حيثما ذهبوا (إبراهيم، ٢٠١١، ١٢١).

– الأفكار الإيجابية تسمح بالتعديل والتطوير، حيث إن الإنسان الإيجابي بحكم تفكيره المتميز، يضع في حسبانه العوائق التي قد تصادف تحقيق طموحاته، ويخطط للبدائل التي تمكنه من الوصول إلى أهدافه أو إلى أهداف أخرى بديلة ترضيه، وكذلك تمكنه أفكاره الإيجابية من الاستماع للنقد البناء، وبالتالي مراجعة أفكاره وغربلتها، أو العمل على تحسينها وتطويرها طوال الوقت بما يتلاءم مع أهدافه وأخلاقياته ومعتقداته، ليصل في النهاية إلى النموذج الأمثل في حياته، مما يكون له أعظم الأثر في تحقيق التوازن والنجاح والسعادة في جوانب حياته المختلفة (عبد الحق، ٢٠٠٨، ٩٦).

– حين يفكر الفرد تفكيراً إيجابياً تتحرك لديه القوى الإيجابية التي تأتي بنتائج إيجابية، لأنّ الأفكار الإيجابية تحيط الفرد بجو ملائم لمثل هذه النتائج المرجوة، وعلى النقيض من ذلك تحيط الأفكار السلبية الفرد بجو يؤدي إلى إيجاد نتائج سلبية (بيل، ٢٠٠١، ٨٦).

– يبحث التفكير الإيجابي عن القيمة والفائدة، وهو تفكير بناء توالدي، وتصدر عنه مقترحات ملموسة عملية، حيث يجعل الأشياء تعمل، وهدفه هو الفعالية والبناء (دي بونو، ٢٠٠١، ٤٢).

– حين يعدل الفرد أسلوبه في التفكير والإدراك فإن ذلك يصحبه تغيرات إيجابية في السلوك وأساليب جديدة وفعالة من التواصل الاجتماعي الناجح، فيصبح قادراً على تعديل حياته وتوجيهها إيجابياً في المجالات الوجدانية والاجتماعية والذهنية.

– استخدام الفرد التفكير الإيجابي يصاحبه انخفاض في معدل ضربات القلب وانخفاض في مستويات القلق والخوف من مواجهة المشكلات الضاغطة، مثل مواقف التنافس أو مواجهة الجمهور في حديث جماهيري أو مواقف الاختبارات، وحتى على مستوى المواقف الضاغطة المزمنة، كما أن نمط التفكير الإيجابي يزيد من التقييم الذاتي الإيجابي، ومن فعالية الفرد الذاتية في إدراك جوانب المشكلة والثقة في حلها (Bostow, 2009, 56).

خامساً: مهارات التفكير الإيجابي:

التفكير الإيجابي له أبعاد عديدة نذكر فيما يلي بعضاً منها:

- **التوقعات الإيجابية والتفاؤل:**

أي التوقعات الإيجابية بتحقيق مكاسب في مختلف جوانب حياة الفرد، فضلاً عن زيادة مستوى التفاؤل وما يتوقعه من نتائج إيجابية في حياة الفرد الصحية الشخصية والاجتماعية والمهنية (إبراهيم، ٢٠١١، ١٣١).

والتفاؤل هو النظرة الإيجابية، والإقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأشياء بدلاً من حدوث الشر أو الجانب السيء؛ فالتفاؤل استعداد يكمن داخل الفرد للتوقع العام لحدوث الأشياء الجيدة أو الإيجابية، أي توقع النتائج الإيجابية للأحداث القادمة (الأنصاري، ١٩٩٨، ٤٧).

- **القدرة على تحمّل المعاناة:**

وتعني قدرة الفرد على مواجهة ضغوط الحياة بشكل عام أو الضغوط التي تنطوي عليها مواقف الحياة، أي مواجهة الضغوط بدلاً من اللجوء إلى الأساليب الهروبية. (ماريو رحال، ١٩٩٥، ٧).

إنّ الشخصية الناجحة تستفيد من أي تحدٍ تواجهه وتستخدمه في التخطيط للمستقبل، وبذلك فهي تحول التحديات إلى مهارات وخبرات قوية وتجارب يستند إليها. والإنسان الناجح لا يدع التحديات والصعوبات تؤثر على أركان حياته، وهناك سبعة أركان أساسية نسميها الأركان السبعة للحياة المتزنة وهي: الركن الروحاني، والركن الصحي، والركن الشخصي، والركن العائلي، والركن الاجتماعي، والركن المهني، وأخيرا الركن المادي. فإذا واجه الشخص الإيجابي تحدياً مادياً أو مهنياً فهو لا يدع هذا التحدي يؤثر على باقي الأركان، بل على العكس يكون أقوى روحياً ويهتم أكثر بنفسه وصحته وأفكاره وعائلته. وبذلك يعيش حياته باتزان تام ويركز على الحل في نفس الوقت (الفقي، ٢٠١٠، ٣٢).

- **الثقة بالنفس:**

الثقة بالنفس هي قدرة الفرد على أن يستجيب استجابات توافقية تجاه المثيرات التي تواجهه، وادراكه تقبل الآخرين له وتقبله لذاته بدرجة مرتفعة (العنزي، ٢٠٠١، ٨٧).

إن ثقة الفرد بنفسه تدل على قدرته على اتخاذ القرارات والخروج بها إلى العالم الواقع للتنفيذ والإنجاز، والشخص الإيجابي الواثق من نفسه وقدراته على تحديد أهدافه هو ذلك الذي يقوم بالأعمال التي يعبّر من خلالها عن احترامه لذاته وتقديره لها (صبحي، ١٩٩٦، ٨٩).

أما الباحثة فترى أن الثقة بالنفس تبدو من خلال شعور الفرد بقدرته على اتخاذ القرارات الناجحة في الأمور التي تواجهه بالاعتماد على نفسه؛ فالثقة بالنفس تدل على شخصية قوية إيجابية تعرف إمكاناتها وتعمل في حدود ما تستطيع أن تفعل بما تملكه من قدرات حقيقية، تعرف حدودها وتقف عندها، فالثقة يجب أن تكون موجهه لا عمياء حتى لا تعود على صاحبها بعكس ما يرجو منها. فالثقة بالنفس تدل على شخصية متزنة إيجابية، كما أنها تمثل طاقة دفاعية لتحقيق الأهداف، وهي بهذا تعين الفرد على التعامل وبنفس الكفاءة مع المشكلات الصعبة، بعيداً عن الاضطرابات، مع الشعور بالأمن والقدرة على المشاركة الإيجابية في الحياة، وأما ضعف الثقة بالنفس فإنه يؤدي بالإنسان إلى الاتكالية وانعدام القيمة الذاتية، فيؤدي ذلك إلى اضمحلال الشخصية وربما اضطرابها.

- **المجازفات الإيجابية:**

يُعرّف هرتزل (Hartzel) المجازفات الإيجابية بأنها الطرائق التي تعتمد على موازنة السلبيات والإيجابيات لنمط وطبيعة الموقف الخطر، أي أنها تتطلب أخذ المخاطرة لكن بشكل مدروس، حيث تنظر هذه الفكرة إلى أن حياتنا تنطوي على المخاطرة بشكل أو بآخر، والخطر شيء لابد من وجوده وهدفنا ليس التخلص من الخطر وإنما تخفيف آثاره قدر الإمكان (Hartzel, 2000,24)

فالشخصية الناجحة تعرف جيدا أن التغيير شيء واقعي لا يستطيع أي إنسان أن يتجنبه، لذلك فهو يعرف ما يريد من أهداف ويخطط لتنفيذها، ويضع لها كافة الاحتمالات، ويضعها في الفعل وهو يقيم ويعدل في خطته، وفي نفس الوقت يتعلم من أخطائه، ثم يعود مرة أخرى إلى التنفيذ بثقة تامة في الله سبحانه وتعالى. وهو يعيش على الأمل والكفاح والصبر؛ فالشخصية الناجحة تعرف جيدا أنه لولا سعة الأمل لضاقت الحياة، وأنّ الإنسان يضيع بدون الأمل، ويقع في مطبات التحديات والأحاسيس السلبية. هذه الشخصية تعرف أن الأمل هو بداية التقدم، ولولا وجود الأمل لتوقف كل شيء، وأن الأمل بدون الفعل والكفاح والمجازفات لا يحدث

التقدم والتغيير. هذه الشخصية مكافحة إلى أبعد الحدود. لا تكل ولا تمل ولا تيأس مهما تكن الظروف والتحديات (الفقي، ٢٠١١، ٤٥).

- **تقبل الذات:**

تقبل الذات أو تقدير الذات هو مصطلح تناوله كارل روجرز (K.Rogers) حيث عرّفه بأنه اتجاهات الذات التي تنطوي على مكونات انفعالية وسلوكية، أما في الموسوعة النفسية فتقدير الذات هو سمة شخصية تتعلق بالقيمة التي يعطيها الفرد لشخصيته (زبيدة، ٢٠٠٧، ٣١) . وحسب حسن وبدران فإنها رؤية النفس كما هي، بصورتها الواقعية، مع تقبل وفهم الميول والحاجات والقدرات الفردية الخاصة كما هي بما هي عليه (حسن وبدران، ٢٠٠٧، ص١٠٧).وتعني أن يعرف الفرد ذاته وما تنطوي عليه من قدرات وعمليات وجدانية معرفة سلوكية تؤثر على تصرفاته (منصور، ٢٠٠٠، ١١٢). ويتم ذلك من خلال معرفة نقاط الضعف والقوة، فالفرد في حاجة دائماً إلى أن يعرف جوانب الضعف لديه وكذلك جوانب القوة. ذلك أن المعرفة هي الأساس الذي يبني عليه الفرد مواقفه وقراراته. والوعي بالذات يعني الانتباه المستمر لحالة الشخص الداخلية، أي التأمل فيما يقوم به العقل وما يصدر عنه من خبرات بما فيها من مشاعر (منصور وآخرون، ٢٠٠١، ١١٥).

ومما لا شك فيه أن الفرد الذي يعرف ذاته حق المعرفة يعمل على تنميتها ويستفيد من أخطائه ويتعلم منها، ويعدل منظومته الفكرية، ولديه من حسن التفكير ما يجعله قادراً على فهم الآخر وتقبله، لأنه يعرف نفسه بضعفها وقوتها فيثق بها. ولا شك أن من توجد لديه هذه الصفات لابد أن يكون مفكراً إيجابياً.

- **وجهة الضبط:**

حسب روتر (Rotter) فإنّ وجهة أو مركز الضبط هو مدى إدراك الفرد بوجود علاقة سببية بين سلوكه وبين ما يتلو هذا السلوك من مكافأة أو تدعيم. (بني خالد، ٢٠٠٩، ٤٩٣) وتتضمن الداخلية والخارجية.

حيث يُقصد بوجهة الضبط الداخلية: إدراك الفرد للتدعيم الصادرة منه، وأنه يعتمد على سلوكه أو مواصفاته الثابتة نسبياً. (بني خالد، ٢٠٠٩، ٤٩٣) أي إدراك الفرد قيمة الوقت والمعاني وقيم الإنجاز التي تدفعه إلى الاعتقاد في أهمية العمل الجاد، مما يعطيه قوة تزيده ثباتاً واصراراً، وبالتالي يتكون لديه اعتقاد بأن

لديه القدرة على التأثير في القرارات السياسية والاجتماعية. وهذا يزيده مثابرة وإيجابية، مما يجعله يكره الاتكالية، لا يؤمن بالصدفة ولا يؤمن بالعجز والفشل. (عبد العزيز، ١٩٩١، ٦٢).

وأما وجهة الضبط الخارجية فهي تشير إلى اعتقاد الفرد بأن الأحداث الإيجابية أو السلبية في حياته تتحكم فيها قوى خارجية كالصدفة والحظ والقدر، وأصحاب السلطة والنفوذ. وبالتالي يصبح هذا الفرد متسماً بالاتكالية والعجز والفشل (عبد العزيز، ١٩٩١، ٦٢). وبمعنى آخر هي إدراك الفرد للتدعيم على أنه يتبع بعض السلوكيات الصادرة منه ولكنه لا يعتمد كلية على سلوكه، بل يعتمد على الحظ او الصدفة أو القدر، أو كأنه تحت تحكم آخرين أقوياء، أو كأنه لا يمكن التنبؤ به بسبب التعقد الشديد للقوى المحيطة بالفرد. (بني خالد، ٢٠٠٩، ٤٩٣)

ويقصد بوجهة الضبط أن هناك بعض الأفراد يعزون النجاح في مواقف الحياة المختلفة إلى ذاتهم، والبعض الآخر الى قوى أخرى خارجة عن نطاق ذاتهم، فالفرد ذو الاعتقاد في الضبط الداخلي يعتقد أنه يستطيع أن يتحكم في قدره ومصيره ويهيمن عليه، في حين أن الفرد ذا الاعتقاد بالضبط الخارجي يعتقد أنه تحت رحمة القدر، ولا سيطرة لديه على الأحداث (عبد العزيز، ١٩٩١، ٦٢).

هكذا يتبين للباحثة أن الفرد يجب أن يكون مسؤولاً عن تصرفاته، متحملاً نتائج أفعاله، متحكماً في ذاته أي مسيطراً على مشاعره ودوافعه المضطربة، مستمداً قيمته وسعادته من ذاته، وأن المفهوم المحوري في وجهة الضبط هو تحمل المسؤولية الشخصية والاجتماعية. فالمسؤولية باعتبارها قيمة في حد ذاتها تدفع صاحبها إلى العمل الجاد والإنجاز، وتعدّ مؤشراً من المؤشرات الهامة التي تميز الشخصية الإيجابية.

والقدرة على تحمل المسؤولية تتطلب نضجاً انفعالياً واجتماعياً، مما يجعل صاحبها يسعى إلى التعامل مع الواقع بحرية وارادة، ولكي يكون الفرد مفكراً إيجابياً لا بد أن يملك وجهة ضبط داخلية (الضعيف،٢٠٠١، ١١٠).

- **دافعية الإنجاز:**

الدافعية العامة هي حاجة لدى الفرد للتغلب على العقبات والعمل من أجل السيطرة على التحديات الصعبة، وهي الميل إلى وضع مستويات مرتفعة من الأداء والسعي نحو تحقيقها والعمل بمواظبة شديدة ومثابرة مستمرة(عبد الخالق والنيال، ١٩٩١، ١٦١).

ويتمثل دافع الإنجاز في حرص الفرد على تحقيق الأشياء التي يراها الآخرون صعبة، والتحكم في الأفكار وحسن تناولها وتنظيمها، والقيام بعمل الأشياء الصعبة على نحو جيد وسريع بقدر الإمكان، بطريقة استقلالية، والتغلب على العقبات، وبلوغ معايير الامتياز والتفوق على الذات ومنافسة الآخرين والتفوق عليهم وتخطيهم. والأشياء التي يمكن أن تشبع هذا الدافع تتنوع وتختلف ما بين القيام بأبسط الأعمال إلى تلك الأعمال العظيمة. يجب ألا يقود الإنجاز إلى الغرور الذي يجعل الفرد يعطي نفسه تقديرات قد لا تمثل الواقع الحقيقي (الضعيف،٢٠٠٢، ١٤١).

وتجد الباحثة أن الأفراد يختلفون فيما بينهم في كيفية تحقيق أهدافهم. وتُعدّ الدافعية من الشروط الأساسية التي يتوقف عليها تحقيق الأهداف سواء في تعليم أساليب التفكير وطرقه، أو تكوين الاتجاهات والقيم، أو تعديل بعضها، أو البحث عن المعرفة والمعلومات، أو في حلّ المشكلات إلى آخر جميع أساليب السلوك المكتسبة.

- **المثابرة:**

المثابرة والجدية سمتان من سمات الذكاء الفعال، وتعرف المثابرة بأنها الاستمرار في المهمة مهما تكن صعبة ومهما تستغرق من وقت وجهد. فإذا لم يتحلَ الفرد بالمثابرة فلن يكتمل العمل، وبالتالي لن يكون متقناً. وأما الجدية فتعني الانخراط في المهمة أو العمل بكامل طاقات الفرد حتى يتم الإنجاز. وهناك تداخل بين الجدية والمثابرة من حيث أنهما يتضافران معاً حتى يتم تحقيق الأهداف الموضوعة، كما أنَّ المثابر يتسم في الغالب بالجدية والمثابرة (منصور وآخرون، ٢٠٠١، ١٤٢).

وتساعد المثابرة لكونها بُعد من أبعاد التفكير الإيجابي، الفرد على أن يخرج كل ما يصبو إليه ويتطلع إلى تحقيقه. إن المثابرة من أهم الصفات المعبرة عن تقدير الفرد لذاته، وهي القوة المحركة لهذا الفرد، لأنّ الفرد الفعّال لا يقنع إلا بكل ما من شأنه أن يجعله دائماً في صورة مرموقة دائماً، والتي تعمل على إظهار الفرد في الوضع العقلي والنفسي والانفعالي والاجتماعي والاقتصادي اللائق به، لأن المثابرة بهذا الوعي تدفع صاحبها إلى أن يكون على بينة وحرص في كل تصرفاته مجتهداً في أعماله، مستمراً في حياته بطريقة تضفي عليه الاحترام والتقدير من الآخرين (الضعيف، ٢٠٠٢، ٦٧).

– حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي:

يُعرّفها إبراهيم بأنها اتجاهات الفرد الإيجابية نحو إمكانيات التغيير والتطور الاجتماعي والشخصي، والاهتمام بالمعرفة وحب التعلم والاطلاع على ما هو جديد وملائم لتحقيق الصحة النفسية (إبراهيم، ٢٠٠٨، ١٥٢).

–السماحة والأريحية:

أي تبني معتقدات متسامحة عما مر به الفرد من خبرات ماضية أو آلام نفسية ارتبطت بأحداث ماضية، بعبارة أخرى تبني أفكار وسلوكيات تجعل الفرد ينظر إلى الماضي الذي عاشه بصفته أمراً مضى وانقضى ومن المؤسف أن يظل مقيداً به. فالمفكر الإيجابي يتقبل الواقع وما فيه من تحديات دون أن يغفل عما به من أمور مستحيلة لا يمكن تغييرها. فهو لا يعرف الشكوى ولا يتذمر طوال الوقت من الأشياء الخارجة عن إرادته (إبراهيم، ٢٠١١، ١٣٣).

سادساً: خصائص (سمات) الشخص ذو التفكير الإيجابي:

يسعى التفكير الإيجابي إلى استنباط الأفضل، وهو سر الأداء العالي، ويعزز بيئة العمل بالانفتاح والصدق والثقة. كما يسمح للفرد أن يختار من قائمة أهداف حياة المستقبل الأفضل له في ذلك. فالشخص الذي يفكر إيجابياً ويعتمد على نفسه، وينظر نظرة متفائلة يستطيع أن يستهوي ما حوله فعلاً ، ويطلق القدرات التي تحقق الهدف.

العقل يمتلك فكرة واحدة في أي وقت، فإذا أدخلنا إلى عقولنا فكرة إيجابية فإنها تُخرج الفكرة السلبية التي تقابلها، والعقل لا يقبل الفراغ فإذا لم نملأه بالأفكار الإيجابية فإنه يمتلىء بالأفكار السلبية، وحين نفكر بطريقة إيجابية تنجذب إلينا المواقف الإيجابية، والعكس يحدث حين نفكر بطريقة سلبية فإننا نجذب إلينا الموقف السلبية.

ويبحث التفكير الإيجابي عن القيمة والفائدة، وهو تفكير بنّاء توالدي، تصدر منه المقترحات الملموسة والعملية حيث يجعل الأشياء تعمل، وهدفه هو الفعالية والبناء.

ويتميز الأفراد الذين يستخدمون التفكير الإيجابي بعدد من الخصائص على المستوى العقلي والنفسي والاجتماعي، مما يجعلهم أكثر تكيفاً مع أنفسهم وأفكارهم ومشاعرهم ويمكن تحديد خصائصهم كالآتي:

– "يمكن وصف الإيجابيين من الناس بأنهم طائفة متنوعة تجمعهم صفات مشتركة حين يتطلب الأمر منهم القيام بالتصرف في مواقف التوتر والضغط النفسي، وبسبب ما يتبنونه من معتقدات نجدهم يتصرفون بدرجة عالية من الكفاءة والعقلانية والفاعلية الاجتماعية وفي إطار من الصحة النفسية على المستوى الفردي والاجتماعي" (إبراهيم، ٢٠١١، ١٨٨).

– الناس الإيجابيون لديهم دافعية إنجاز عالية تساعدهم على تغيير الأهداف وتوجيهها؛ وهم يركزون في عملهم؛ ويواجهون مسؤولياتهم المحدّدة بطريقة فعّالة؛ ويقومون بذلك بكل ما يملكون من قوة ويبذلون قصارى جهدهم على الرغم من كل الصعوبات التي تعترضهم لتحقيق الإنجازات البارعة التي تغير البيئة، وتفتح طرقاً جديدة قوية في العمل واقامة علاقات جديدة، لا في العمل فقط، بل تتعداه لتصل إلى الآخرين وتغيّر منظورهم إلى الأشياء (الضعيف، ٢٠٠٢، ٩٢).

– يدرك الإيجابي أكثر من غيره أنه لا يستطيع وحده أن ينجز شيئاً أو يضيف شيئاً، ولم يحدث أن جلس إيجابي بعيداً عن الآخرين ونجح في عمله، بل لابد من التواصل مع الآخرين، لأنّ الإيجابية مشروع جماعي (فتحي، ٢٠٠٢، ١٠٧).

– يتمتع صاحب التفكير الإيجابي بشخصية جازمة، ويعيش متحرراً من ضيق الأفق، ويتمتع برحابة صدر، وفهم واسع، وعقلية متفتحة، وشخصية كاريزمية محبوبة (مصطفى،٢٠٠٤، ٩٨).ويتميز بالقوى والموارد النوعية الإيجابية التي تدعم السعادة والرضا عن الحياة (إبراهيم، ٢٠١١، ١٩٣).

– لديهم ميل وقوة دافعة لتحقيق ذواتهم وتحسين صورهم، وهم أكثر وعياً بأنماط الفشل وبجوانب القوى التي تحتاج إلى تطوير في أدائهم، ويقبلون الأمور الصعبة على أنها طريق لنجاح عال، ويشجعون أنفسهم على اكتساب فرصٍ للتغيير والتطوير (سالم،٢٠٠٦ ،١٥٦).

– الأفراد الإيجابيون لديهم حب المغامرة المحسوبة، إنهم غير سلبيين، لا يكتفون بالفكرة بل يقومون بتجريبها، إنهم ذوو إرادة قوية للمجازفة (الضعيف، ٢٠٠٢، ١٩١).

– لا يوجد عمل دون مشكلات ولكن هذه المشكلات تختلف وتتباين بالتالي أساليب حلها، والإيجابي المتميز يعرف كيف يقوم بتقسيم المشكلات، وتحديد طبيعتها، ويواجهها بأن يحدد المشكلة، ويشخصها، ويجمع

المعلومات الخاصة بها، ويبحث عن حلول لها، ويقارن بين هذه الحلول ليختار الحل المناسب ويضعه موضوع التطبيق (فتحي،٢٠٠٢، ٦٢).

– الفرد الإيجابي شخص سعيد يتصف بالرؤية المشرقة، والقدرة على إدارة الأزمات، وعلى انتقاء استراتيجيات المواجهة الإيجابية والضبط الشخصي للمشاعر والأفكار السلبية عند مواجهة مختلف التوترات وضغوط الحياة(إبراهيم، ٢٠١١، ١٩٥).

– "الإيجابي الحقيقي لا يعرف التعصب، فعنده من رجاحة العقل وسعة الأفق والسماحة ما يجعله يقبل الآخر، ويتقبل الاختلاف؛ فهو يحسن الحوار لا الشجار؛ ويناقش بطريقة موضوعية؛ ويكون عنده استعداد لتغيير وجهات نظره إذا ما ثبت خطؤها، فلا يتشبث برأيه، ولا يعرف اعتبارات الكبرياء والكرامة في الرأي حتى مع من هم أقل منه شأناً" (فتحي، ٢٠٠٢، ١٢٢).

ففي العلاقات الإنسانية، على الفرد أن يبدأ بفهم الآخر والاستماع جيداً له قبل أن يطرح وجهة نظره، والاستماع الجيد يحتاج إلى جلد وصبر وتحمل وطاقة، فليس الأمر مجرد التزام الصمت حتى يفرغ المتكلم من حديثه، بل هو التركيز والإصغاء الجيد لفهم وجهة النظر المطروحة. إن الاستماع العميق المتعاطف مع الآخر لا يعني أن الفرد يتفق مع كل ما يقول الطرف الآخر، بل يعني حق المتكلم في الاختلاف. إن الفرد الإيجابي يبدأ بفهم الآخر والاستماع جيداً له للآخر قبل أن يطرح وجهة نظره، فالفرد الإيجابي قد يستفيد مما يسمعه من رأي يخالف وجهة نظره، فربما ينقّح رأيه ويعدّل مساره.

التعايش مع الاختلاف يستلزم قدراً كبيراً من ضبط النفس، والتحكم في الانفعالات والمشاعر غير الملائمة للموقف، بل لا يكفي أن يتعايش المرء مع الاختلاف مع الآخرين، فعليه أن يحقق كذلك تعاوناً خلاقاً معهم. وحين ينشأ نزاع أو اختلاف في وجهات النظر بشأن موضوع ما، فليس المطلوب من الفرد أن يتعايش فقط مع الاختلاف، بل ينبغي أن تحاول كل الأطراف – وهو على رأسهم – أن يستخدموا طاقاتهم في البحث عن الحل الأفضل، بدلاً من أن ينفرد كل طرف بالحل دون الآخر، فهذا من شأنه أن يرضي كل الأطراف ويضمن أفضل الحلول الممكنة (منصور وآخرون، ٢٠٠١، ١١١).

– "الإيجابيون من الناس لا يتحججون بقلة الوقت، ولا يلقون الأعذار على غيرهم، ولديهم من الشجاعة ما يجيز لهم أن يتحملوا مسؤولياتهم بلا تردد" (إبراهيم، ٢٠٠٨، ١٠١).

– الناس الإيجابيون يحققون النتائج على المستوى الشخصي، وعلى المستويين الاجتماعي والبيئي، فنتائج عمل الشخص الإيجابي حين يوجد في منظمة ما تكون مؤثرة في المنظمة والناس والأوضاع، فالأشخاص الإيجابيون يحولون الفكرة إلى واقع ملموس (الضعيف، ٢٠٠٢، ١٤٤).

– الإيجابيون يزيدون من أنشطتهم الاجتماعية والأنشطة السمعية والبصرية، كما يغيرون من الأماكن الثابتة المعتادة لممارسة الأنشطة ولاكتساب الخبرات (سالم، ٢٠٠٦، ٨٠).

من العرض السابق يمكن القول أنّ التفكير الإيجابي له خصائص وسمات تساعد الفرد على الحياة بصورة أكثر نجاحاً وارتقاءً، فكلما كان التفكير إيجابياً فإنّه يؤدي إلى حل فاعل ناجح لأي موقف أو مشكلة، وكّلما كان سلبياً فإنّه يؤدي إلى التعامل مع هذه المشكلات بأساليب سطحية خاطئة.

سابعاً: قواعد لإكتساب التفكير الإيجابي:

من خلال مراجعة الباحثة الأدبيات النظرية والبحوث المتعلقة بالتفكير الإيجابي، وجدت أن هناك العديد من القواعد والاستراتيجيات التي يمكن للفرد اتباعها لإكسّاب التفكير الإيجابي، من أهم هذه القواعد ما يلي:

- **اكتشاف المواهب:** يحتاج كل فرد في مرحلة ما من عمره أن يكتشف مواهبه، لأن الموهبة كنز مدفون داخل كل فرد يجب التنقيب عنها وإخراجها والاستفادة منها، ولكل فرد كنزه المدفون المختلف عن الآخر وليس شرطا أن يكون كنزك مماثلاً لمن حوله. هكذا فعل العباقرة والنابغون الذين وضعوا أيديهم على الكنز الداخلي واستغلوه دون ملل أو يأس.
- **التوقع الايجابي للأمور:** يذهب أهل المعرفة بالتفكير الإيجابي إلى أن التفكير في أمر ما، والتركيز عليه هو أحد القوانين الرئيسة في توجيه حياة الإنسان سلبياً أو إيجابياً. إنّ ما يفكر فيه المرء تفكيراً مركزاً في عقله الواعي ينغرس في خبراته ويندمج بها، وأياً يكن ما نعتقده فسيتحول إلى حقيقة حين نمنحه مشاعرنا، وكلما اشتدت قوة اعتقادنا وارتفعت العاطفة التي تضيفنا إليه يتعاظم بذلك تأثير اعتقادنا على هذا السلوك (تريسي، ١٩٩٢، ٢٣٠).
- **بناء الهوية الإيجابية للذات:** هوية الذات هي الصورة الذهنية التي يحملها الإنسان عن نفسه، وإحساسه بذاته، وللهوية أثر كبير في تحديد فكر الإنسان وقيمه وسلوكه، ونظراً لقوة تصور الإنسان

الشخصي لذاته فإنها تؤدي دائماً سلوكاً خارجياً يتفق مع صورته عن ذاته الداخلية (حريري، ٢٠٠٢، ١١٠).

- **تحسين التفكير:** يمكن للإنسان أن يتعلم شيئاً جديداً، وأن يتقدم ويتطور خطوة كل يوم عن اليوم الذي سبقه، وهذا لا علاقة له بالعمر أو الظروف.
- **توسيع نطاق التفكير والخروج من الدوائر الضيقة:** إذا كان الشخص طالباً على سبيل المثال فعليه ألاّ يحصر تفكيره واهتمامه في المناهج الدراسية استعداداً للامتحان فقط، وإذا كان موظفاً أو عاملاً فعليه أن يتحرر من قيود الكسب المادي فقط، وأن يبحث عن مجال لتطوير نفسه وهواياته وأنشطته فهذا طريق رحب للدخول في عالم أوسع وأشمل.
- **التفاؤل والأمل:** يقصد بالتفاؤل الإيمان بالنتائج الإيجابية، وتوقعها حتى في أصعب المواقف والأزمات والتحديات، ومن ثمراته أن يشعر المتفائل بسلطته وقوته، وأنه يتحكم في حياته بحكمة وذكاء في مواجهة المشكلات المختلفة.
- إن تعّلم إستراتيجية رمي الأحمال والهموم أولاً بأول، وعدم حملها لتتراكم، وتدخل التفكير في حالة من اليأس والقنوط، فهناك دائما حلول للقضايا الصغيرة قبل أن تتفاقم وتكبر.
- العمل على بناء الثقة بالنفس، وذلك من خلال تقدير الذات في النجاحات الصغيرة، لأن الثقة والإيمان بالنفس تزيد من العزيمة للتقدم نحو أعمال أكثر نجاحاً.
- عدم السماح لمشاكل الحياة اليومية وهمومها بأن تنسي المرء مهمته المتعلقة بالارتقاء بتفكيره والاستفادة من النقد الذاتي لنفسه عند الاختلاء لمراجعة نقاط القوة والضعف وسبل تطويرها.
- الابتعاد عن أحلام اليقظة البعيدة جداً عن الواقع لأنها تجعل المرء يقارن أحلامه بواقعه، فيدخل في حالة من اليأس. على المرء أن يلتزم بالواقعية، وأن يعمل على تحسين ظروف حياته، ولو بقدر بسيط فذلك أفضل من بناء أحلام يقظة بعيدة المنال (دبليو، ٢٠٠٣، ١٤٢-١٤٦).

كل هذه الأمور تجنّب المرء التفكير السلبي، وتنقله إلى عالم من التفكير الإيجابي الذي يفتح له آفاقاً جديدة تؤدي به إلى النجاح والتطور.

ثامناً- الإرشاد العقلاني الانفعالي (النشأة والتطور):

يذكر عيد (٢٠٠٦) أن العلاج العقلاني الانفعالي استند إلى فكر الفيلسوف الإغريقي "إبيكيتوس" عن أن ما يجعل عقول الناس تضطرب ليس هو الأحداث؛ وإنما بالأحرى الأفكار والمعارف، وترتكز استراتيجيات "إليس" في الإرشاد والعلاج إلى أن الإنسان قد يعمل ويتوجه في حياته بطريقة عقلانية أو غير عقلانية على أن التوجه العقلاني يؤدي إلى سلوك فعال، والتوجه غير العقلاني يؤدي إلى سلوك غير فعال، ويفضي إلى التعاسة والشقاء (عيد، ٢٠٠٦، ٤٦).

ويشير العقاد (٢٠٠١) أن سلامة (١٩٨٩) ترى إن المعرفة تلعب دورًا أساسيًا في إحداث واستمرار علاج الاضطرابات النفسية والواقع يؤكد أن هذه الفكرة ليست وليدة اليوم لأن الفلاسفة الرومانيين قد تنبهوا لذلك وأكدوا أن الطريقة التي تدرك بها الأشياء وليست الأشياء في حد ذاتها هي التي تؤثر على سلوكنا وأحيانًا تسبب الاضطراب؛ فالسعادة والتعاسة والراحة والتعب لا تنتج عن الأحداث ولكن من إدراك الفرد ووجهات نظره تجاه الأحداث، وفي هذا الإطار يؤكد الفيلسوف "إبيكاتس" في القرن الأول الميلادي أن الناس لا يضطربون من الأشياء ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يتخذونها بصدد هذه الأشياء (العقاد، ٢٠٠١، ٣٩).

ويؤكد فرج (١٩٩٢) أن إليس (Ellis) استفاد من آراء كثير من الفلاسفة القدماء والمحدثين وكثير من العلماء في مجال علم النفس، والعلاج السلوكي المعرفي (فرج، ١٩٩٢، ٢٨).

ويقول باترسون (١٩٩٠) أن إليس لا يدّعي الأصالة فيما يتصل بالمبادئ والمفاهيم التي بنى عليها نظريته أو أسلوبه في العلاج، ومع أنه اكتشف كثيرًا من خلال خبراته الخاصة، إلا أنه يدرك أن هذه المفاهيم قد صيغت من قبل القدامى والمحدثين من الفلاسفة وعلماء النفس والمعالجين والمفكرين الاجتماعيين وغيرهم.

ويرى الحفني (١٩٩٤) أن منهج "إليس" في تناول الاضطرابات الانفعالية قد قام على دعائم فلسفية موغلة في القدم، وتعود إلى مدارس أسسها "زينون" عام ٣٠٠٠ ق.م، ومن أهم هذه المدارس المدرسة الرواقية، والتي أطلق عليها المسلمون مدرسة أصحاب المظلة (الحفني، ١٩٩٤، ٤٧٣).

كما تشير عوض (٢٠٠١) إلى قول "إليس" أن كثير من المبادئ التي تستند إليها نظرية العلاج والإرشاد العقلاني ليست بالجديدة فبعضها قد تم صياغته من عدة آلاف من السنين، وبصفة خاصة على يد الفلاسفة الرواقيين اليونانيين والرومانيين، وعلى يد بعض المفكرين البوذيين القدماء، وربما يكون الجديد هنا هو تطبيق بعض وجهات النظر المختلفة بطريقة راديكالية على العلاج النفسي (عوض، ٢٠٠١، ٩١).

ويقول كفافي (١٩٩٩) ربما كانت أكبر محاولة لإدخال العقل والمنطق في مجال الإرشاد و العلاج النفسي كما قال" باتيرسون هي تلك التي قام بها " إليس"" Ellis " في أوائل عام ١٩٥٠ تحت اسم العلاج العقلاني

الانفعالي، والتي قدم من خلالها فروضًا متقدمة لنظريته، مؤداها أن الأحداث النشطة لا تسبب العواقب الانفعالية، ولكن نظام المعتقدات غير العقلانية عند الفرد هي المسببة لتلك العواقب (كفافي، ١٩٩٩، ٣١٧).
وقد مر تاريخ الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بمراحل عدة منذ ظهوره وصولاً إلى صيغه المتداولة حالياً، حيث تستعرض زهران (٢٠٠٤) مراحل نشأة وتطور الاتجاه العقلاني الانفعالي بقولها إن هذا الأسلوب العلاجي بدأ في الظهور على يد ألبرت إليس، ولقد بدأ هذا الأسلوب العلاجي في الظهور على يد إليس(Ellis) في عام ١٩٥٠ ، وقد سمي هذا الأسلوب بالعلاج العقلاني، وفي عام ١٩٥٤ بدأ أليس يستجمع معلومات عن الفلسفة وعلم النفس لإنتاج شيء جديد يختلف عما هو مألوف عن نظريات العلاج النفسي القديمة والحديثة، وهو استخدام العلاج العقلاني الانفعالي بدلاً من التحليل النفسي الذي لم يؤثر بشكل ملحوظ في علاج بعض الحالات، ومع بداية ١٩٥٥ وضع أليس أسس نظرية العلاج العقلاني الانفعالي وكيفية ممارستها بشكل جيد. وفي عام ١٩٥٩ أسس ألبيرت "إليس" معهد الحياة العقلانية (Institute of Rational Living) وهو مؤسسة علمية تربوية لتعليم أسس الحياة العقلانية. وفي عام ١٩٦٨ أسس معهد الدراسات العليا في العلاج النفسي العقلاني، ويقوم هذان المعهدان بأنشطة لنشر المنهج العقلاني الانفعالي وتشمل: مناهج لتعليم الراشدين أسس الحياة العقلانية، وبرامج للدراسات العليا بعد الدكتوراه لمدة عام أو عامين للتدريب على طرق العلاج النفسي العقلاني الانفعالي للأخصائيين النفسيين وللأطباء النفسيين وغيرهم، وحلقات بحث خاصة وفترات للتدريب العملي يعقد غالبًا مع فترات انعقاد المؤتمرات العلمية، ونشر المطبوعات والدوريات عن العلاج العقلاني الانفعالي ومنها مجلة تسمى "الحياة العقلانية" Rational Living وقد نشر عدد غير قليل من البحوث التي توضح فعالية المنهج والتحقق بالدليل الإحصائي من صدق الفرضية الأساسية في العلاج العقلاني الانفعالي وفي عام ١٩٩٧ م قدم ألبرت إليس نموذجًا بفروض نظريته وقد شملها بالتعديل والتطوير. ويعد إليس واحدًا من الرواد في هذا المجال حيث يوجد العديد من المعالجين النفسيين الذين يهتمون بتغيير المعتقدات الخاطئة، وإن اختلفت أساليبهم، فإن أهدافهم واحدة، ومن أشهر هؤلاء المعالجين بول دوبوا (Dubois) عام ١٩٠٤، ثم ألفريد أدلر (Adler) ثم كومبس وسينج (Combs & Snygg) وانتهاء بألبيرت إليس (Ellis) عام ١٩٦٢. والإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو آخر التعديلات التي أدخلها ألبيرت إليس Ellis منذ عام ١٩٦٢ وحتى عام ١٩٩٥. فبعد أن كان يؤكد على الطابع المنطقي والمعرفي لأسلوبه العلاجي مما أدى إلى سوء فهم طريقته العلاجية حيث اعتقد الكثيرون آنذاك أنها تهتم فقط بالمعارف Cognitions، إلا أن إليس منذ البداية كان يرى أن الأفكار والانفعالات والسلوك هي عمليات نفسية مترابطة ومتفاعلة ومتداخلة، وأن أسلوبه في العلاج يهتم بها جميعًا، ولكي يواجه الانتقادات التي تتهمه بإهمال الانفعال أعاد تسمية أسلوبه العلاجي عام ١٩٦١ باسم العلاج

العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy (RET) وحديثاً ذهب إليس إلى أن أسلوبه ومنهجه في العلاج يمكن أن نطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) ويذكر إليس في هذا الإطار إلى أن التفكير والانفعال والسلوك لدى الإنسان جوانب لا تنفصل عن بعضها البعض، بل أنها جوانب تتفاعل جميعها بصورة ذات دلالة. وقد عرض إليس أفكاره في عدة كتب ومقالات منها: العقل والانفعال في العلاج النفسي، والعلاج النفسي الإنساني، والمدخل العقلاني الانفعالي (زهران، ٢٠٠٤، ٦٤).

ويقرر فرج (١٩٩٢، ٢٨) أن إليس (Ellis) قد اكتشف من خلال تجاربه وخبراته السابقة عددًا من المفاهيم الهامة في الإرشاد والعلاج النفسي وكان لها أهميتها في بلورة وظهور نظريته وهي كالتالي:

١- التحدث إلى الذات Self- talking:

يرى إليس أن الانفعالات السالبة مثل القلق والإحباط والاكتئاب والاضطراب الانفعالي هي نتيجة لما يرده الفرد لذاته من جمل وعبارات وأفكار لاعقلانية ولا واقعية ولا تقوم على خبرة تجريبية دقيقة.

٢- التقييم الذاتي Self– Evaluation:

يلجأ الفرد بعد كل موقف إلى أن يقيم ذاته من حيث أفكاره وأفعاله، وغالبًا ما يتسم هذا التقييم بالسلبية وشدة لوم الذات ولا يعتمد على الموضوعية أو العقلانية مما يساعد في حدوث الاضطرابات النفسية.

٣- المساندة الذاتية Self- Sustaining:

وهي صورة من صور التدعيم الذاتي غير الظاهر حيث يميل الفرد إلى مساندة ذاته في مواقف عديدة من الحياة والتخلي عن ذاته في مواقف أخرى وتلك المساندة لا تقوم على استخدام المهارات الاجتماعية السليمة، وتفتقر إلى التفكير العقلاني والخبرة الميدانية مما يؤثر في انفعال الفرد وسلوكه.

٤- المؤثرات الوراثية والبيئية Hereditary and Environmental Influences:

يقرر إليس أن الإنسان يولد ولديه نزعة قوية لأن يكون عقلانيًا أو غير عقلاني وأنه يصنع اضطراباته بنفسه ويتعلم ذلك من خلال الاشتراط الاجتماعي وتدعيم وتعزيز هذه الرغبة اللاعقلانية، كما أن الإنسان لديه القدرة على الضبط الذاتي والتفكير بطريقة عقلانية تمكنه من تغيير فلسفته اللاعقلانية المسببة للاضطراب وأن علاقة الفرد بالآخرين يجب أن تتميز بالاتزان دون مبالغة والاحتفاظ بعلاقات طيبة مع الآخرين واستنادًا إلى كلا من (إبراهيم، ١٩٨٥)؛ و(مليكة، ١٩٩٤) فإن النظرية العقلانية تعتمد على مجموعة من الأسس المتنوعة فلسفيًا وفسيولوجيًا وسيكولوجيًا وهي كما يلي:

- **الأسس الفلسفية:** ترجع الأصول الفلسفية للإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي إلى آراء الفلاسفة الأوائل أصحاب المدرسة الأبيقورية مثل (سبنوزا وبرتراندراسل) والتي ترى أننا نضطرب لا من

الأشياء ولكن من آرائنا عنها ومن تفكيرنا فيها، وقد اقتبس (إليس) هذه الفكرة عن (هاملت) في قوله: "ليس هناك خير أو شر، ولكن التفكير هو الذي يجعل الشيء خيرًا أو شرًا.."

- **الأسس الفسيولوجية:** ترى النظرية العقلانية الانفعالية في الشخصية أن الكائن الإنساني يخلق اضطراباته الانفعالية بنفسه وأنه يولد ولديه رغبة قوية للقيام بذلك ويصر على أن يحدث كل شيء على أحسن وجه في حياته وأنه إذا لم يحصل فورًا على ما يريد، فإنه يلعن ذاته والآخرين، وأن الإنسان إذا فكر وعمل بقدر كافٍ لفهم نظام معتقداته فإنه يستطيع التوصل إلى تغيرات هامة ومهدئة وشافية وواقية من نزعاته المثيرة للاضطراب، وهو إذا حصل على مساعدة للخلاص من تفكيره اللاعقلاني وانفعاله وسلوكه غير المناسبين عن طريق معالج موجه وإيجابي يواجهه بأسلوب الحوار الفلسفي وبالواجبات المنزلية، فإنه يغلب أن يغير معتقداته وأفكاره المسببة للأعراض بقدر أكبر مما لو تعرض لعلاج تحليلي نفسي أو العلاج الوجودي أو تعديل السلوك.
- **الأسس النفسية:** ترى النظرية أن النضج الانفعالي هو اتزان دقيق بين اهتمام الفرد بالعلاقات مع الآخرين ومبالغته في الاهتمام بها، ذلك أنه إذا كان هذا الاهتمام كبيرًا جدًا أو قليلاً جدًا فإن الفرد سوف يسلك بصورة اجتماعية عدوانية وأنه من المرغوب فيه وليس من الضروري أن تكون له علاقات طيبة بالآخرين.

ويقرر إبراهيم (1994) أنه تجمعت أدلة سيكولوجية وتجريبية حديثة وهي نتائج تجارب علماء النفس المعاصرين تؤكد على أهمية العمليات المعرفية والعقلية في تعديل وتغيير سلوك الأفراد، بل إن كثيرًا من المعالجين السلوكيين يستخدمون – بوعي أو بدون وعي– أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنبًا إلى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط، وأن (جوزيف فولبي) وهو المتشدد في الاتجاه السلوكي يلاحظ أن بعض التغيرات في سلوك مرضاه، بعد نجاحهم في تأكيد الذات، تشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية (إبراهيم، ١٩٩٤، ١٥٨).

كما يشير باتيرسون (١٩٩٠، ١٨٤) أن عملية الإرشاد تبعًا لآراء إليس هي علاج غير المعقول بالمعقول ومع أنه توجد أساليب أخرى لضبط الانفعالات والسيطرة عليها مثل الصدمات الكهربائية والمواد الكيميائية والتدريبات الحركية ومثل استخدام المعاملة القائمة على الحب والاحترام ونحو ذلك، فإن الإرشاد أو العلاج النفسي يعتمد على استخدام العمليات العقلية، فالإنسان كائن عاقل قادر على تجنب الاضطراب الانفعالي والتخلص منه ومن الشعور بالتعاسة بتعلم التفكير العقلي المنطقي وهذا هو ما يحدث خلال عملية العلاج.

تاسعاً- مفاهيم ومسلمات الإرشاد العقلاني الانفعالي:

أن الإرشاد العقلاني الانفعالي كأحد الاتجاهات السلوكية المعرفية، يقوم على عدد من التصورات وثيقة الصلة بالكائن البشري من حيث الدوافع والانفعالات والتفكير، والتي تعد من وجهة نظر أصحاب الاتجاهات المعرفية هي المحرك للسلوك البشري، فهي إما تأخذ الوجهة العقلانية، أو تدفع الفرد إلى السلوك بطريقة مناقضة تمامًا للعقلانية وبالتالي تولد القلق والإحباط وتسبب للفرد الاضطراب النفسي، وقد عرض "إليس" لعدد من المسلمات والمفاهيم المفسرة للطبيعة البشرية. ويذكر باتيرسون (١٩٩٠، ١٧٦) أن هناك مجموعة من المسلمات التي تقوم عليها نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي، وفيما يلي عرض لهذه المسلمات باختصار وهي:

١- الإنسان كائن عاقل منفرد في نوعه وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة.

٢- الاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي يعتبران نتيجة للتفكير غير العقلاني والتفكير والانفعال ليسا منفصلين، فالانفعال يصاحب التفكير والانفعال في حقيقته تفكير منحاز ذاتي وغير عقلاني.

٣- يرجع التفكير غير العقلاني في أصله ونشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقي فالفرد لديه الاستعداد لذلك التعلم بيولوجيا كما أنه يكتسب ذلك من والديه بصفة خاصة، ومن الثقافة التي يعيش فيها.

٤- الإنسان كائن متكلم والتفكير يتم عادة خلال استخدام الرموز الكلامية، ولما كان التفكير يصاحب الانفعال والاضطراب الانفعالي فإن التفكير غير العقلاني يستمر بالضرورة طالما يستمر الاضطراب الانفعالي وهذا ما يميز الشخص المضطرب.

٥- إن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات والذي لا يتقرر بالظروف والأحداث الخارجية فقط بل بالمفاهيم والمعتقدات والاتجاهات التي يتبناها الفرد نحو هذه الأحداث التي تتجمع على صورة جمل أو عبارات يتم استدخالها أو تمثلها.

٦- الأفكار والانفعالات السلبية أو المثبطة للذات يجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقيًا ومتعقلاً، وإن هدف الإرشاد أو العلاج النفسي هو أن يوضح للعميل أن حديثه مع ذاته يعتبر المصدر الأساسي لاضطرابه الانفعالي.

٧- ويؤمن معظم المعالجين في هذه النظرية أن الأفراد هم متفردون، وأنهم عقلانيون وغير عقلانيين في آن واحد، فعندما يتصرفون ويفكرون بعقلانية يكونون فعالين وسعداء وأكْفاء.

٨- وعندما يكونون غير عقلانيين فإنهم يكونون غير منطقيين ويتعرضون لاضطرابات نفسية.

٩- وعندما ترتبط انفعالات مثل الحب والسرور بفكرة (هذا جيد) تتكون لديهم انفعالات إنسانية إيجابية، وعندما ترتبط انفعالات مثل الغضب أو الاكتئاب بفكرة (هذا سيء) فإنها تصبح انفعالات سلبية.

وبذلك فإن الأشياء التي تعلمناها عن الموقف وارتبطت به، وكذلك مدركاتنا له، هي التي شكلت موقفًا سلبيًا أو غير سار بالنسبة لنا.

١٠- الإنسان ليس ضحية لظروفه أو لماضيه، ولكن الطريقة التي يتحدث بها الناس إلى الآخرين، أو يحدثون بها أنفسهم، هي التي تحدد مدى تكيفهم، لذلك يمكنهم أن يتحدثوا، ويمكنهم أن يعملوا ويفكروا حتى يجعلوا من أنفسهم أفرادًا مختلفين.

١١- إن المرشد في هذه النظرية يعتقد بأن لدى الناس القدرة على مواجهة نظامهم القيمي وأن يعلموا أنفسهم معتقدات وأفكارًا وقيمًا جديدة. ويرى" إليس " أن الناس لديهم القوة لفهم حدودهم لتغيير وجهات نظرهم وقيمهم التي تشكلت في مرحلة الطفولة، كما أن لديهم القدرة على تحدي نزعة الدفاع الذاتي (Self–Defeating).

عاشراً- الإرشاد الجماعي:

ويُعرّفه عبود (١٩٩١، ٣١) بأنه من الأساليب الناجحة في إرشاد المراهقين حيث يتيح للفرد أن يلاحظ الآخرين ممن هم في نفس سنه ويعجب بصراحته في مناقشتهم لمشكلاتهم، كتلك المماثلة لمشكلته وحلهم لها، وتنفيذ هذه الحلول، كما يجب مساعدتهم له في حل مشكلاتهم، كذلك يجد الفرد في جو الإرشاد النفسي التأييد والتشجيع المتبادل الذي يسهل له مناقشة مشكلته بصراحة بحيث يتباين أبعادها وينمي قيم الثقة في القيام بالسلوك المطلوب واتخاذ الطريق نحو زيادة تقبل الذات.

ويرى كفافي وعبد الحميد (١٩٩٣، ٤٨٨) أن الإرشاد الجمعي هو طريقة لتوفير الدعم والتوجيه لعملاء منتظمين في جماعة ما مقابل الإرشاد الفردي.

كما يذكر جمل الليل (٢٠٠١، ١١) بأن" جازدا (Gazda) عرفه "أنه العملية الديناميكية الشخصية المتبادلة بين أعضاء المجموعة الإرشادية، والمركزة على الأفكار الشعورية والسلوك وما يتصل بذلك من إجراءات علاجية، كالتنفيس الانفعالي، والثقة المتبادلة والاهتمام والتفهم والتقبل والمساندة، والتأييد المتبادل بين أعضاء المجموعة من أجل تحقيق النمو النفسي لهؤلاء الأعضاء ومساعدتهم في مواجهة مشكلاتهم".

ويُعرّف زهران (٢٠٠٢، ٣٢١) الإرشاد الجماعي بأنه إرشاد عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معًا في جماعات صغيرة كما يحدث في جماعة إرشادية أو في فصل.

وترى الباحثة أن الإرشاد الجماعي أو الإرشاد الجمعي كما تعرضه بعض الكتابات هو طريقة من طرائق الإرشاد النفسي الذي يتم استخدامه في حالة تشابه المشكلات التي يعاني منها المسترشدون، وذلك من أجل مساعدتهم على إحداث التغيير المناسب في سلوكهم، وفي هذا البحث فإن الإرشاد الجماعي يتضمن

إرشاد عدد من أمهات أطفال التوحد من أجل تنمية مهارات التفكير الإيجابي وخفض مستوى الضغوط النفسية لديهن.

أحد عشر – مجالات استخدام الإرشاد الجماعي:

يشير كل من زهران (٢٠٠٢، ٣٢٤)؛ و حسين (٢٠٠٤، ٢٢٨) إلى مجالات الإرشاد الجماعي كالتالي:

- الأطفال والمراهقون والراشدون والشيوخ والمغتربون والمدمنون والمعوقون وغيرهم.
- توجيه الوالدين الذين يتبعون أساليب التربية الخاطئة مع أبنائهم.
- المراهقون الذين يظهرون الشغب والعدوانية داخل المدارس.
- في حالات الإرشاد الأسري.
- الإرشاد المهني في المؤسسات والمدارس.
- المشكلات المشتركة مثل مشكلات التوافق الاجتماعي والمدرسي.
- حالات التمركز حول الذات والانطواء والخجل والصمت والشعور بالنقص.
- علاج بعض العادات السيئة كالتدخين والإدمان وكذلك مع جناح الأحداث.
- حالات التحويل الذي يطرأ في عملية الإرشاد الفردي.

اثنا عشر – أهمية الإرشاد الجماعي في المجال التربوي:

يعد الخطيب (٢٠٠٤، ١٦٢) الإرشاد الجماعي أحد طرق الإرشاد النفسي الفعالة التي تستخدم لمعالجة مدى واسع من مشكلات الأفراد واهتماماتهم، وذلك حينما تكون تلك المشكلات والاهتمامات متشابهة، وتكمن أهمية الإرشاد الجماعي في القوى الإرشادية الهائلة التي يشتمل عليها، والتي يجب استغلالها والاستفادة منها في تحقيق أهداف الإرشاد.

وتذكر عزة حسين (١٩٨٩، ٩٩) مجموعة من الجوانب المهمة للإرشاد الجماعي في المجال التربوي:

١- يساعد الفرد على معرفة حقيقة ذاته.

٢- ينمي ثقته في إدراكات الآخرين له وللمجتمع من حوله.

٣- يساعده على فهم الآخرين بشكل أفضل، بل ويتعلم كيف يحسن الاستماع إليهم وما يعبرون عنه، بطريقه تتكامل مشاعر وأفكار الفرد نحو ذاته ونحو الآخرين.

٤- من خلال المشاركة في الإرشاد الجماعي يتعلم الفرد أن يكون أكثر فاعلية ونشاطًا للمشاركة في المواقف الاجتماعية بحيث لا يخشى مقابلة الناس ومشاركتهم الحديث.

٥- يساعد في إعادة اختبار قيم الفرد الإيجابية وبناء قيم جديدة تزوده بمناخ صحي للتحكم في مشاعره وأفكاره ليتعلم كيف يكون مسؤولاً عن سلوكه.

٦- هذا في حين أن المناقشة الجماعية تزود المرشد بالإطار المرجعي وتمده بالتوجيه السليم لما يبذله من جهود نحو عملائه.

وهكذا ترى الباحثة أن الإرشاد النفسي يهدف في محصلته النهائية إلى تحقيق جملة من الأهداف، وإن تنوعت طرائقه المستخدمة في تقديم المساعدة الإرشادية للمحتاجين إليها، ويأتي على رأسها تحقيق الصحة النفسية، والوصول بالفرد إلى درجة من الشعور بالسعادة.

وفي النهاية لابد من القول أن الباحثة تناولت في الإطار النظري ثلاثة محاور هي: التوحد متناولة فيه تعريفه ونسبة انتشاره، والخصائص والسمات الأساسية لهذا الاضطراب،. والثاني الضغوط النفسية متناولة فيه تعريف الضغوط النفسية، وبعض المصطلحات المتداخلة معه، وأنواع الضغوط النفسية وأعراضها، بالإضافة إلى جهاز الضغط النفسي الفيزيولوجي. والثالث محور التفكير الإيجابي وتناولت الباحثة فيه مفهوم التفكير الإيجابي، وأهميته، وأهم مهاراته، والعوامل المؤثرة فيه، وفوائد هذا التفكير وأبعاده، وخصائص المفكرين إيجابياً، بالإضافة إلى استراتيجيات وقواعد تكسيب التفكير الإيجابي، بالإضافة إلى نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي والإرشاد الجماعي. وستتناول الباحثة في الفصل القادم الحديث عن الدراسات السابقة متناولة أهم الدراسات ذات العلاقة بمشكلة الدراسة الحالية.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الدراسات العربية.

الدراسات الأجنبية

التعقيب على الدراسات السابقة.

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة (عرض وتحليل)

يتناول هذا الفصل مجموعة من الدراسات العربية والأجنبية ذات الصلة بمشكلة البحث الحالي، قامت الباحثة بالبحث في الكتب والدوريات وشبكة الانترنت عن دراسات تتعلق بالبحث الحالي، وقد اقتصر البحث الحالي على مجموعة من الدراسات العربية، والدراسات الأجنبية التي تناولت الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بشكل عام، والأطفال المصابين باضطراب التوحد بشكل خاص، ولم تجد الباحثة أي دراسة تتناول تنمية التفكير الإيجابي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد – في حدود علمها.

– دراسات عربية:

❖ دراسة عبد القادر (1997) مصر.

عنوان الدراسة: الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرّف نظام الوالدية لدى أسر الأطفال التوحديين، وذلك للتعرف على العلاقة بين الاضطراب التوحدي والضغوط الوالدية. كما سعى البحث لدراسة الفروق ودلالتها بين الضغوط الوالدية بأسر الأطفال التوحديين، وأسر الأطفال العاديين، وذلك باستخدام مقياس ضغوط الوالدية.

عينة الدراسة: تكونت من مجموعتين تجريبية من (٤٠) طفلاً وطفلة من المصابين بالاضطراب التوحدي، ممن سبق تشخيصهم بمعرفة طبيب أمراض عصبية، وأمهاتهم، إضافة إلى تطبيق قائمة الأعراض المتضمنة في دليل التشخيص الإحصائي ١٩٨٧م، بمعرفة الباحثة والأم. وأخرى ضابطة ضمت (٤٠) طفلاً وطفلة من الأطفال العاديين، تم الحصول عليها من المدارس الابتدائية للأسوياء، وأمهاتهم، وتراوح المدى العمري للأطفال من (٦ – ١٢) عاماً، وتم مراعاة تماثل المجموعتين في المرحلة العمرية، والجنس، والمستوى الاجتماعي/ الاقتصادي.

أدوات الدراسة: بيان المستوى الاجتماعي والاقتصادي (إعداد عبد العزيز الشخص ١٩٨٨)، اختبار رسم الرجل جودإنف هاريس (تقنين كمال مرسى ١٩٩٣)، مقياس ضغوط الوالدية (إعداد فيولا الببلاوى ١٩٨٨)، مقياس اختباري خاص بضغوط الحياة.

نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين الاضطراب التوحدي والضغوط الوالدية.
- وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين ثلاثة أبعاد من خصائص الطفل التوحدي مع ثلاثة أبعاد من خصائص والديه، وهي: درجات تدعيم الطفل للوالدين مع الرابطة العاطفية بالطفل. ودرجات الحالة

المزاجية للطفل مع الرابطة العاطفية بالطفل. ودرجات الإلحاح وكثرة المطالبة مع درجة إحساس الوالدين بقيود الدور.

- وجود علاقة ارتباط إيجابية دالة بين خصائص والدي الطفل التوحدي وضغوط الحياة.
- وجود فروق جوهرية بين متوسط درجات الأطفال التوحديين ومتوسط درجات الأطفال العاديين على مقاييس خصائص الطفل.
- وجود فروق جوهرية بين متوسط درجات أمهات الأطفال التوحديين، ومتوسط درجات أمهات الأطفال العاديين على مقياس خصائص الوالدين.
- كما أوضحت أن إجمالي الضغوط الوالدية في أسر الأطفال التوحديين مرتفعة، الأمر الذي يتطلب التدخل بالخدمات الوقائية والإرشادية.

❖ **دراسة عبدالغفار (١٩٩٩) مصر.**

عنوان الدراسة: فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين من خلال إستراتيجية علاجية تعتمد على الطفل ذاته، وإستراتيجية علاجية تعتمد على الأسرة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات: مجموعة تجريبية أولى مكونة من (٤) أطفال ذكور طبق عليهم برنامج المهارات الاجتماعية، ومجموعة تجريبية ثانية مكونة من (٤) أطفال طبق على أسرهم برنامج إرشادي، مجموعة تجريبية ثالثة مكونة من (٤) أطفال طبق على الأطفال برنامج للمهارات الاجتماعية وعلى أسرهم برنامج إرشادي، وتراوحت الأعمار الزمنية للأطفال ما بين (٤-١٤) سنة، وهم ذوو معدل ذكاء (٥٨-٨١).

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس السلوك التوافقي (صفوت فرج وناهد رمزى، ١٩٩٠)، ومقياس النضج الاجتماعي (فاروق صادق، ١٩٨٥)، ومقياس تقييم الأوتيزم الطفولة (سكوبلر وآخرين ١٩٨٠: ترجمة وتقنين الباحثة)، وبرنامج المهارات الاجتماعية للأطفال التوحديين (إعداد الباحثة)، وبرنامج إرشادي لأسر الأطفال التوحديين (إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى وجود تأثير دال لبرنامج المهارات الاجتماعية وبرنامج الإرشاد الأسرى في تخفيف أعراض توحد الطفولة لدى عينة من الأطفال التوحديين، وظهر ذلك في زيادة قدرة التركيز لديهم على بعض المعطيات الموجودة في البيئة، والتي كانت لا تجذب انتباههم قبل ذلك، وأصبحوا قادرين على المبادأة بالحديث مع الآخرين واستمرار الحديث لفترات قصيرة إذا تلقى الطفل التوحدي التدعيم

والتوجيه المناسب، كما زادت قدرته على التقليد نتيجة تحسن الأداء في استخدام الأشياء والألعاب، كما ظهرت بوادر تحسن كبيرة في استجابته للمثيرات السمعية والبصرية.

❖ **دراسة عبد القادر (٢٠٠٢) مصر.**

عنوان الدراسة: فاعلية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة استثارة انفعالات وعواطف الطفل التوحدي في محاولة للخروج من عزلته ليتفاعل ويشارك الطفل العادي، وأيضاً استثارة انفعالات وعواطف الوالدين وتعديل السلوك والأفكار نحو الطفل، ومساعدة الطفل للخروج من عزلته والتخفيف من مشاكله السلوكية.

عينة الدراسة: تكونت من (٨) أطفال توحديين تتراوح أعمارهم ما بين (٣-٦) سنوات، و(٨ أمهات)، و(٨) أباء.

أدوات الدراسة: شملت أدوات الدراسة قائمة تشخيص التوحد، وقائمة مراجعة المظاهر السلوكية للتوحد، وقائمة مراجعة ردود الأفعال النفسية لوالدي الطفل التوحدي، ودليل ملاحظة سلوك الطفل التوحدي واستجابات الوالدين، وبرنامج علاجي معرفي سلوكي لاستثارة الانفعالات والعواطف لدى الطفل التوحدي.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج فاعلية البرنامج المستخدم؛ حيث بينت أن هناك فروقاً دالة بين معاملة الوالدين طفلهم قبل تطبيق البرنامج وبعده، كما أن هناك فروقاً دالة في التفاعل الاجتماعي قبل تطبيق البرنامج وبعده ، حيث أصبح الأطفال أكثر اجتماعية.

❖ **دراسة أبو غزالة (٢٠٠٤) الأردن.**

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تزويد أمهات الأطفال ذوي التوحد باستراتيجيات في إدارة الحياة وذلك بهدف تقليل الضغوط النفسية لديهن.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٦٠) أماً؛ (٣٠) منهن لأطفال عاديين، و(٣٠) لأطفال توحديين، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة استمارة جمع البيانات، واستبانة الضغوط النفسية.

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة أن هناك تحسناً لأفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ حيث ساعدت تلك الاستراتيجيات على التخفيف من الضغوط لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد.

❖ **دراسة القدسي (٢٠٠٥) مصر.**

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج في تنمية أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي العلاجي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط النفسية، وخفض استخدام أساليب التعامل السلبية مع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين، وكذلك الكشف عن فاعليته في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المكفوفين، وفي تلبية حاجة الأمهات إلى الدعم المعلوماتي والاجتماعي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) أم، تم استخدامها في اختبار عينة الأمهات مرتفعات الضغط وبلغت (٢٤) أماً قسمت إلى مجموعتين: تجريبية (١٢) أماً، وضابطة (١٢) أماً.

أدوات الدراسة: تضمنت الدراسة الأدوات التالية: برنامج تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين، ومقياس التعامل مع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين، ومقياس الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين.

نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة عن النتائج التالية: أثبت البرنامج فاعليته في تنمية جميع الأساليب الإيجابية في التعامل مع الضغوط لدى أمهات الأطفال المكفوفين، كما أثبت البرنامج فاعليته في خفض استخدام أربعة أساليب سلبية في التعامل مع الضغوط لدى أمهات الأطفال المكفوفين وهي(أسلوب العدوان، أسلوب التجنب، أسلوب العزلة، أسلوب لوم الذات)، كما أثبت البرنامج فاعليته في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين.

❖ **دراسة البديرات (٢٠٠٦) الأردن.**

عنوان الدراسة: مصادر الضغوط النفسية لدى أخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرف مصادر الضغوط النفسية لدى أخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها بمتغير الجنس ودرجة التعليم والمستوى الاقتصادي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٨٨) فرداً وشكلوا ما نسبته (٨٢.٨%) من عينة الدراسة المختارة من أخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد، الذين اختيروا بالأسلوب الطبقي العشوائي من عدة مؤسسات.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس مصادر الضغوط النفسية المطور (إعداد الباحث) ويضم (٤٤) فقرة موزعة على أربعة مجالات.

نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- وجود تباين في مصادر الضغوط النفسية لدى أخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد.
- وجود فروق في درجة الضغوط النفسية لدى أخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد تعزى إلى متغير الجنس لصالح الإناث، أي أن مستوى الضغوط النفسية لدى الأخوات أعلى منه لدى الأخوة.
- وجود فروق في درجة الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد تعزى إلى متغير درجة التعليم، لصالح المرحلة الأساسية؛ أي توجد علاقة عكسية بين المؤهل العلمي وشدة الضغوط.
- وجود فروق في درجة الضغوط النفسية لدى إخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من التوحد تعزى إلى متغير الدخل الشهري لصالح الدخل الشهري المتدني، أي توجد علاقة عكسية بين الدخل الشهري وشدة الضغوط.

❖ **دراسة السيد ماضي (٢٠٠٦) مصر.**

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال الذاتويين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم الذاتويين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على جدوى تطبيق البرنامج التدريبي في تغيير الاتجاهات السلبية لدى آباء الأطفال التوحديين وأمهاتهم، وكذلك الكشف عن طبيعة العلاقة بين الاتجاهات الوالدية السالبة ومدى تقدم الطفل الذاتوي في البرامج التدريبية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت كل مجموعة من (٥) أباء لأطفال ذاتويين، و(٥) أمهات لأطفال ذاتويين، وأبنائهم الذاتويين عددهم (٥).

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة مقياس الاتجاهات الوالدية نحو أبنائهم الذاتويين (إعداد الباحثة)، وبرنامج تدريبي لإعداد أباء وأمهات الأطفال الذاتويين لتنمية قدرات أبنائهم والتعامل مع المشكلات السلوكية (إعداد الباحثة)، مقياس السلوك التوافقي (ABS إعداد: صفوت فرج، وناهد رمزي ١٩٩٥)، مقياس الطفل التوحدي (إعداد: عادل عبد الله محمد ٢٠٠١)، اختبار لوحة الأشكال لجودارد لقياس الذكاء، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (إعداد:عبد العزيز الشخص ١٩٩٥ الطبعة الثانية)، معايير تشخيص الذاتوية في دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية ١٩٩٤.(D.S.M. IV)

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم، حيث ساعد البرنامج في تحسين الاتجاهات الوالدية تجاه الأبناء ذوي التوحد وذلك لدى آباء المجموعة التجريبية، كما حدث تحسن لأبناء المجموعة التجريبية وذلك وفقاً لمقياس السلوك التكيفي "A.B.S" الجزء الأول "النواحي النمائية" والجزء الثاني

"الانحرافات السلوكية"؛ أما بالنسبة للمجموعة الضابطة فلم يحدث لديها أي تغيير وذلك باستخدام الاختبار القبلي والبعدي، كما ثبت استمرار أثر البرنامج بعد انتهاء تطبيقه.

❖ **دراسة سيد أحمد (٢٠٠٨) مصر.**

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية لدى الكفيف وعلاقتها باتجاهات الأسرة نحو الإعاقة.

هدف الدراسة: التعرف على نسق الضغوط النفسية الأكثر انتشاراً التي يتعرض لها المراهق الكفيف واتجاهات الأب ولأم والإخوة نحو الإعاقة، والكشف عن المعادلة التنبؤية لمستوى الضغوط النفسية من خلال اتجاهات الأسرة نحو الإعاقة البصرية كما يدركها الكفيف.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٥٠) طالباً وطالبة من المكفوفين من معهد النور للمكفوفين بالزقازيق، وتحتوى العينة على (٢٥) من الذكور، (٢٥) من الإناث تتراوح أعمارهم ما بين (١٤–١٨) سنة بمتوسط عمر زمن (١٦.٤) سنة وانحراف معياري (١.٤٧) يمثلون مرحلة المراهقة، وقد تم اختيار العينة من مرحلة المراهقة لأنها المرحلة التي يزداد فيها الشعور بالضغوط النفسية، وتمثل عينة الدراسة من المكفوفين (كف بصر كلي) وذلك من خلال الرجوع إلى الملفات الخاصة بهم لتحديد كف البصر الكلي والجزئي.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث الأدوات التالية: استمارة بيانات خاصة بالمراهق الكفيف (إعداد الباحث)، و مقياس الضغوط النفسية لدى الكفيف (إعداد الباحث).

نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة عن النتائج التالية: أظهرت النتائج أن الضغوط المدرسية في مقدمة الضغوط الأكثر تأثيراً على المراهق الكفيف، كما يتضح أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للضغوط النفسية واتجاهات الأب نحو الإعاقة كما يدركها الكفيف، حيث يتضح أنه كلما زادت اتجاهات الأب نحو الإعاقة البصرية كما يدركها الكفيف كلما قلت الضغوط النفسية، وأن هناك ارتباطاً بين الدرجة الكلية على مقياس الضغوط النفسية لدى الكفيف واتجاه الأم نحو الإعاقة البصرية كما يدركها الكفيف، ولكن هذا الارتباط غير دال إحصائياً، وأنه يمكن التنبؤ بالضغوط النفسية لدى الكفيف من خلال الاتجاهات نحو الإعاقة البصرية.

❖ **دراسة الدعدي (٢٠٠٩) السعودية.**

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى عينة من آباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم تبعاً لنوع الإعاقة ودرجتها وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى بحث طبيعة الضغوط النفسية وكل من التوافق الزواجي والأسري لدى عينة من آباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم ومقارنتها بعينة من آباء الأطفال العاديين وأمهاتهم، وكذلك كشف علاقة الضغوط النفسية بمتغيري التوافق الزواجي والأسري لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع الإعاقة

ودرجتها وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٣٠٨) من آباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم و(٣٤٠) من آباء الأطفال العاديين وأمهاتهم.

أدوات الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة طُبّق مقياس المؤشرات السلوكية الدالة على الضغط (للطريري، ١٩٩١)، ومقياس التوافق الزواجي (للشمسان، ٢٠٠٤)، ومقياس التوافق الأسري (لعبد الحميد، ١٩٨٦)، ومن خلال تطبيق المنهج الوصفي.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج ارتباط كل من التوافق الزواجي والأسري ارتباطاً إيجابياً دالاً، في حين ارتبطت الضغوط النفسية بهذين المتغيرين ارتباطاً سلبياً دالاً، وقد تبين أن الضغوط النفسية والتوافق الزواجي والأسري تتأثر بدرجة إعاقات الأبناء، فكلما كانت الإعاقة شديدة كلما زاد الضغط النفسي وقل التوافق الزواجي والأسري، وفي مجال المقارنة بين آباء المعاقين وأمهاتهم وآباء غير المعاقين وأمهاتهم، تبين عدم وجود فروق في الضغوط النفسية بين كل من آباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم وآباء الأطفال غير المعاقين وأمهاتهم، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة المقياس المستخدم لقياس الضغوط النفسية، والذي يقيس الضغوط النفسية عامة، وهو ما يعني ضرورة بناء مقاييس خاصة للضغوط بربطها بالمتغيرات الضاغطة، بينما كانت هناك فروق دالة بين آباء الأطفال المعاقين وأمهاتهم وآباء الأطفال العاديين وأمهاتهم في كل من التوافق الزواجي والأسري باتجاه آباء الأطفال غير المعاقين وأمهاتهم ، وهذا يعني أن النتيجة لا تنفي عدم وجود الضغط.

- **دراسة مظلوم (٢٠٠٩) مصر.**

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات وأثر ذلك على توافق أطفالهن ضعاف السمع.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة تعرّف مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ضعاف السمع بعد تطبيق البرنامج، وهل تنعكس فاعلية البرنامج المقدم للأمهات على توافق أطفالهن ضعاف السمع.

عينة الدراسة: عينة الدراسة في صورتها النهائية من (١٠) أمهات وأطفالهن ضعاف السمع وعددهم (10) أطفال بمدرسة الأمل الابتدائية للصم وضعاف السمع بمدينة بنها، بمحافظة القليوبية. ويتراوح أعمار الأمهات ما بين (٣٠-٤٥) عاماً بمتوسط عمرى(٣٨.٨٦) سنة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية (إعداد عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي، ١٩٩٨م)، بهدف التعرف على مستوى الضغوط النفسية التي يتعرض لها آباء وأمهات الأطفال المتخلفين عقلياً، والمعاقين سمعياً، وبصرياً، وبدنياً. وقائمة تقدير التوافق للأطفال الصم (إعداد راسل ن.كاسل، ١٩٨٥).

نتائج الدراسة: بينت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مجموعة الأمهات قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده، وذلك على مقياس الضغوط النفسية لصالح القياس البعدي. كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مجموعة الأمهات بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وبعد فترة المتابعة، وذلك على مقياس الضغوط النفسية لصالح المتابعة. كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مجموعة الأطفال ضعاف السمع قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده، وذلك على قائمة تقدير التوافق لصالح الأطفال بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على أمهاتهم.

- **دراسة قراقيش (٢٠٠٩) السعودية.**

عنوان الدراسة: الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجاتهم لمواجهة تلك الضغوط.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحديد ما يمكن أن يحدثه وجود طفل يعاني من اضطراب التوحد من ضغوط نفسية لدى والديه، بالإضافة إلى التعرف على احتياجات أولياء أمور أولئك الأطفال، وعلاقة ذلك بمستويات الضغط النفسي وكذلك التعرف على علاقة كل من الضغوط النفسية والاحتياجات ببعض المتغيرات.

عينة الدراسة: اشتملت عينة الدراسة على (٥١٤) من أولياء أمور لأطفال توحد وتخلف عقلي وإعاقة سمعية وإعاقة بصرية.

أدوات الدراسة: ولتحقيق أهداف الدراسة استخدِم مقياس الضغوط النفسية ومقياس احتياجات أولياء أمور الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة عن عدة نتائج منها: ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى أفراد العينة الكلية، وارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد مقارنة بمستوى الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال الإعاقات الأخرى، وكذلك اختلاف حاجة الأسر للدعم باختلاف مستوى الضغط النفسي لديهم، ولم يظهر أي تأثير لـ :عمر طفل التوحد، ودخل الأسرة الشهري، المستوى التعليمي لأولياء الأمور، وعدد الأطفال في الأسرة وترتيب الطفل على مستوى الضغط النفسي لدى أولياء أمور أطفال التوحد.

- **الدراسات الأجنبية:**

❖ **دراسة جاكون (Jackon, 1990) أمريكا.**

The Relationship Between Family Environment and Psychological Distress in Impaired Adults.

عنوان الدراسة: العلاقة بين البيئة الأسرية والضغوط النفسية لدى المعوقين.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى دراسة العلاقة بين البيئة الأسرية والضغوط النفسية لدى المعوقين بصرياً.

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة (٧٦) من ذوي الإعاقة البصرية.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس البيئة الأسرية المدركة ومقياس الضغوط النفسية.

نتائج الدراسة: أوضحت الدراسة أن هناك ارتباطاً بين المقاييس الفرعية لمقياس البيئة الأسرية ودرجات المقياس العام وقائمة الأعراض المختصرة؛ مما يوضح أن سمات البيئة الأسرية تؤثّر بقوة على التوافق مع فقدان البصر لدى عينة المعاقين بصرياً، كما وجدت الدراسة أن كلاً من الصراع والتحكم يرتبط سلباً بالتوافق مع فقدان البصر. وتشير الدراسة إلى ارتفاع مستوى التعبير عن العدوان والعدوانية بصورة مقنعة والأدوار الأسرية القاسية ترتبط بارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى المعاقين بصرياً، وكذلك فإن زيادة الضغوط تعكس قلة التوافق مع فقدان البصر.

❖ **دراسة ستولرسكي (Stolarski، 1991) أمريكا.**

Stress Levels Experienced by Family Members of Visually Impaired Children and Multi -Disabilities

عنوان الدراسة: مستويات الضغط التي يعايشها أفراد أسر المعاقين بصرياً والأطفال متعددي الإعاقة.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مستويات الضغط التي يعايشها أفراد أسر المعاقين بصرياً والأطفال المعاقين بصرياً ومتعددي الإعاقة، سواء كانت تلك الضغوط ناتجة بسبب إعاقة الطفل أو ناتجة عن الظروف الاجتماعية والمادية الناتجة عن الإعاقة المتعلقة بالابن.

عينة الدراسة: تمت الدراسة على ذوي الإعاقة الجزئية والكلية وأسرهم، واشتملت على (١٠٨) أسرة قُسّمت كالتالي: (٤٩) أسرة لها طفل معوق إعاقة جزئية، و(٥٩) أسرة لها طفل متعدد الإعاقة (إعاقة كلية).

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة النسخة المختصرة من استبيان مصادر الضغوط النفسية الأسرية.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى ارتفاع درجة والدي الأطفال المعاقين بصرياً ومتعددي الإعاقة أكثر من درجة والدي الأطفال المعاقين بصرياً فقط في مقياس: ١-الاعتمادية والإرادة، ٢- مقياس الأمراض. ٣- مقياس مدى الحياة، ٤-الإعاقة المعرفية، ٥-مقياس قيود الفرص الأسرية، ٦-مقياس الأعباء الأسرية، ٧-

مقياس الضغوط المادية. كما أوضحت النتائج أن والدي الأطفال ذوي الإعاقة البصرية الكلية يعانون من ضغوط نفسية أكثر من ذوي الإعاقة الجزئية، كما تبين انعكاس تلك الضغوط وكان واضحاً بشكل أكبر على الأبناء أكثر منه لدى الوالدين والأخوة.

❖ **دراسة ليسر (Leyser, 1996) ألمانيا.**

Stress and Adaptation in Families of Children with Disabilities.

عنوان الدراسة: العلاقة بين الضغوط النفسية والتكيف في الأسر التي لديها أطفال يعانون من الإعاقة.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرّف العلاقة بين الضغوط النفسية والتكيف في الأسر التي لديها أطفال يعانون من إعاقة.

عينة الدراسة: اهتمت الدراسة بدراسة الضغوط النفسية الأسرية لدى (٧٨) أسرة لديها أطفال يعانون من الإعاقات.

أداة الدراسة: استخدِمت مقاييس الضغوط النفسية الأسرية، ومقياس التكيف في البيئة الأسرية.

نتائج الدراسة: كشفت نتائج الدراسة أن أسر الطفل المعاق تعاني من الضغوط النفسية المختلفة مثل: الضغوط الانفعالية، والضغوط المستقبلية.

❖ **دراسة فاربر (Farber, ١٩٩٩) أمريكا.**

Stress and Adaptation in Families of Children with Disabilities.

عنوان الدراسة: التكيف النفسي والضغوط لدى أسر الأطفال المعاقين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى قياس مستوى التكيف النفسي والضغوط النفسية لدى أسر يعاني أطفالها من إعاقات مختلفة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٢٤٠) أسرة لديها أطفال معاقون إعاقات مختلفة، (٧٥) أسرة لديها أطفال معاقون يقيمون معها في نفس المنزل، و (١٦٥) أسرة لديها أطفال معاقون يقيمون في مراكز التربية الخاصة إقامة داخلية.

أدوات الدراسة: طبق الباحث على العينة مقياس الضغوط النفسية ومقياس التكيف النفسي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين أسر الأطفال ذوي الدوام الجزئي لأبنائهم، وأسر الأطفال ذوي الإقامة الكاملة الدوام في كل أبعاد الضغوط النفسية، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في التكيف النفسي لصالح أسر الأطفال المقيمين بالمراكز، كما بينت الدراسة أن العلاقات بين الأخوة العاديين وباقي أفراد العائلة تتأثر بشكل سلبي في كثير من الحالات، فأخوات الأطفال المعاقين الذين يعيشون في البيت يتوقع منهم أن يقوموا بأعمال أكثر من الذين يقيم أخوتهم المعاقون في مؤسسات داخلية.

❖ دراسة **تونالي وباور (Tunali & Power, 2002) بريطانيا**.

Coping by Redefinition: Cognitive Appraisals in Mothers of Children With Autism and Children Without Autism.

عنوان الدراسة: التكيف عن طريق إعادة التحديد: التقييم المعرفي لدى أمهات أطفال توحديين وأمهات أطفال غير توحديين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة نموذج التكيف لدى أمهات أطفال توحد مع اعاقة أطفالهن.

عينة الدراسة: تضمنت العينة (٥٨) أماً، منهن (٢٩) أماً لأطفال لديهم توحد، و(٢٩) أم لأطفال لا يوجد لديهم اضطراب توحد، وقد تراوحت أعمار الأطفال من ٥-١٤ سنة.

أدوات الدراسة: كانت أداة الدراسة مقابلات شبه مقننة مع الامهات، حيث تضمنت أسئلة عن وقت الفراغ والاستجمام، والعناية بالأطفال، والحياة المهنية والحياة الزوجية، بالإضافة إلى استبانة عن المنزل والعمل ومقياس للتحمل، ومقياس التقدير الذاتي للاكتئاب، واختبار التوافق الزواجي، بالإضافة إلى قائمة السلوك التكيفي.

نتائج الدراسة: بينت نتائج الدراسة أن أمهات أطفال التوحد أعطين أهمية أكبر للأدوار الوالدية، وأهمية أقل للحياة المهنية، كما ركزن على النشاطات الترفيهية الأسرية، بينما أعطين أهمية أقل لموضوع الترفيه الشخصي ولموضوع نظرة الأخرين وآرائهم حول سلوك الطفل التوحدي، مقارنة مع أمهات أطفال لا يوجد لديهم توحد، كما وجدت الدراسة أن أمهات أطفال التوحد قد يعانين من صعوبة فهم سلوك أطفالهن التوحديين لكنهن يظهرن قدرة تحمل أكبر تجاه هذه السلوكات.

❖ **دراسة ستاسى (Stacey, 2004) أمريكا.**

The relationship between behaviours exhibited children with autism and maternal stress.

عنوان الدراسة: العلاقة بين السلوكيات الظاهرة لدى الأطفال ذوي التوحد والضغوط المتعلقة بالأم.

هدف الدراسة: فحص العلاقة بين السلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الأطفال التوحديين وبعض الضغوط التي تتعرض لها الأم من جراء هذه السلوكيات وخاصة القلق.

عينة الدراسة: عدد المشاركين (٦٠) أمّاً ممن لديهن أطفال توحديون، وتراوحت أعمارهم من (٢-٧) سنوات.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقاييس للسلوك التكيفي، ومقاييس لتقدير الذات للأمهات، استفتاء مكاني.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن ثلثي المشاركين لديهم قلق مرتفع بشكل واضح. كما أظهرت النتائج أن سلوكيات الأطفال التكيفية واللاتكيفية تُفسر وتُعلّل حسب الاختلاف في قلق الأم؛ أي كان لها علاقة كبيرة بقلق الأم.

❖ **دراسة ديوارت وآخرون (Duarte, et, al.2005) السويد.**

Factors associated with stress in mothers of children with autism

عنوان الدراسة: العوامل المرتبطة بالضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى مناقشة عوامل الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.

عينة الدراسة: تضمنت العينة أمهات .(٣١) طفلاً توحدياً، وأمهات (٣١) طفلاً لا يعانون من التوحد.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثون الاستبانة، والمقابلات الشخصية أدوات للدراسة.

نتائج الدراسة: أظهرت الدراسة أن وجود الضغوط لدى الأمهات كان مرتبطاً بوجود طفل توحدي بالدرجة الأولى، كما كانت الضغوط النفسية أعلى لدى الأمهات الأكبر سناً، والأمهات اللواتي أظهرن ضعفاً في التعبير عن مشاعرهن، وضعفاً في الاهتمام بالناس، واللواتي لديهن طفل أصغر في البيت. وقد أوصت الدراسة بضرورة وجود برامج لتخفيف الضغوط لدى أولئك الأمهات.

❖ **دراسة ديلاز (Delias، 2006) أمريكا.**

Possible Relations Among Congenital Blindness, Autistic Features and Maternal Interaction Style.

عنوان الدراسة: العلاقة الممكنة بين كف البصر الولادي والسمات التوحدية وأسلوب تدخل الأم.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تعرّف ودراسة العلاقات المحتمل وجودها بين كل من كف البصر الولادي والسمات التوحدية وأسلوب تفاعل الأم وركزت على اللعب الرمزي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال وأمهاتهم صُنّفوا في مجموعتين. الأولى تتكون من (٤) أطفال يعانون من كف البصر الولادي، والثانية تتكون من (٤) أطفال مبصرين.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة جلسات اللعب الحر، استمارة ملاحظة.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى وجود اللعب الرمزي في مجموعة الأطفال الذين يعانون من كفّ البصر الولادي بالمقارنة مع الأطفال المبصرين، كما أكدت أيضاً أن الأطفال الذين يعانون من كف البصر الولادي من الممكن ألا يكونوا في خطر طالما أنهم يحفزّون بواسطة أمهاتهم ومن يهتمون باحتياجاتهم.

❖ **دراسة كارتر ودافيس (Carter & Davis, 2008) أمريكا.**

Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics

عنوان الدراسة: الضغط النفسي لدى أمهات وآباء الأطفال التوحديين حديثي المشي وعلاقتها بخصائص الأطفال.

هدف الدراسة: هدفت إلى معرفة العلاقة بين سلوكيات الطفل والضغط النفسي الوالدي لدى أمهات وآباء أطفال توحديين حديثي المشي مشخصين حديثاً بالتوحد.

عينة الدراسة: ضمت العينة (١٠٨) أباً وأماً (٥٤ أب، و ٥٤ أم) لأطفال توحديين.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة الأدوات التالية: بطارية بيك للقلق، بطارية الاكتئاب، دليل الضغوط الوالدية، جدول الملاحظة التشخيصية للتوحد (ADOS)، المقابلة التشخيصية للتوحد، مقياس مولين للتعلم المبكر، التقييم الانفعالي والاجتماعي للأطفال الرضع والدارجين.

نتائج الدراسة: بينت نتائج الدراسة وجود مستويات عالية من الضغوط لدى والدي الأطفال التوحديين، مع ملاحظة أن الضغوط النفسية والاكتئاب لدى الأمهات كانت أعلى من الآباء. كما وجدت الدراسة أن من أكثر مسببات الضغوط لدى الأمهات هي القصور في التفاعل الاجتماعي والمشاكل السلوكية لدى الطفل، بالإضافة إلى صعوبات العناية اليومية به، بينما كانت السلوكيات النمطية لدى الأطفال من أكثر مسببات الضغوط لدى الآباء.

❖ دراسة **ليي (Lee, 2009) الدنمارك.**

Parents of Children with High Functioning Autism How Well Do They Cope and Adjust?

عنوان الدراسة: والدو الأطفال التوحديين ذوي الأداء المرتفع وكيف يتكيفون مع إعاقة أبنائهم.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق في التكيف وعلاقتها بالتوافق النفسي (الاكتئاب، القلق، والتوافق الزواجي) بين أمهات وآباء أطفال توحد ذوي أداء مرتفع وأمهات وآباء أطفال لا يوجد لديهم توحد. كما هدفت إلى معرفة الفروق في التكيف بين الأمهات والآباء أيضاً.

عينة الدراسة: اشتملت العينة على (٤٨) أباً وأماً لأطفال توحد ذوي أداء مرتفع، و(٢٦) أباً وأماً لأطفال لا يوجد لديهم توحد.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس تقييم الأزمات الأسرية، بطارية الصحة التكيفية للوالدين، بطارية بيك للقلق، ومقياس الاكتئاب، بالإضافة لمقياس التكيف.

نتائج الدراسة: وجدت النتائج أن والدي أطفال التوحد ذوي الأداء المرتفع يعانون من مستويات أعلى من الضغوط النفسية، أدت إلى الاكتئاب والقلق مقارنة مع والدي الأطفال الذين لا يوجد لديهم توحد، كما ذكرت الدراسة أن لدى تلك الأسر توافقاً ورضا زواجياً أقل، وتلك الأسر أقل تفاؤلاً، ولديها تقدير ذات ضعيف وضعف في الاستقرار النفسي كما أنها تتلقى دعماً غير رسمي أقل من الأقارب والعائلة، كما أشارت النتائج إلى أن وجود طفل توحد ذي أداء مرتفع يؤثر على الأمهات أكثر من الآباء حيث كانت أعراض الاكتئاب والقلق أكثر لدى الأمهات من الآباء، في حين كانت الامهات أميل لتطوير استراتيجيات تكيف مقارنة مع

الآباء، كاللجوء إلى الحل الديني ودعم الأقارب والعائلة والتعامل مع اسر لديها حالات مشابهة. كما أظهرن ميلاً لاستخدام أسلوب حل المشكلات.

- دراسة **راو وبيديل (Rao & Beidel,2009) أمريكا.**

The Impact of Children with High-Functioning Autism on Parental Stress, Sibling Adjustment, and Family Functioning

عنوان الدراسة: تأثير وجود طفل توحدي من ذوي الأداء المرتفع على الضغوط النفسية لدى الوالدين وتكيف الأشقاء والأداء العائلي.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرّف على الضغوط النفسية وتأثيراتها على آباء الأطفال المصابين باضطراب التوحد من ذوي الأداء المرتفع، وكذلك تكيف الأخوة والعائلة مع أولئك الأطفال.

عينة الدراسة: تكونت فيها عينة الدراسة من مجموعة تجريبية ضمّت (١٥) طفلاً توحدياً من ذوي الأداء المرتفع مع والديهم، ومجموعة ضابطة تكونت من (١٥) طفل لا يعاني من مشاكل مع والديهم أيضاً.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس الضغوط النفسية، ومقياس التكيف، كما استخدمت الملاحظة والمقابلات التشخيصية كأدوات للدراسة.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة في مستوى الضغوط النفسية حيث كانت أعلى لدى أسر الأطفال التوحديين ذوي الأداء المرتفع، وارتبطت معظم هذه الضغوط بخصائص الطفل، كما أكدّت الدراسة على ضرورة أن تأخذ برامج العمل مع أطفال التوحد الضغوط الوالدية بالحسبان لأن هذه الأخيرة تؤثر بشكل مباشر على الطفل والأسرة.

- **دراسة ايستيس وآخرون (Estes, et, al,2009) أمريكا.**

Parenting Stress and Psychological Functioning Among Mothers of Preschool Children With Autism and Developmental Delay

عنوان الدراسة: ضغوط الرعاية الوالدية لدى أمهات أطفال في مرحلة ما قبل المدرسة يعانون من التوحد والتأخر النمائي.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى مناقشة أثر خصائص الأطفال ذوي التوحد والتأخر النمائي على الضغوط النفسية لدى الأمهات.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (٥١) أماً لأطفال يعانون من التوحد، و(٢٢) أماً لأطفال يعانون من تأخر نمائي فقط.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة مقياس الضغوط الوالدية، وبطاقات الملاحظة والمقابلات الشخصية.

نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة عن وجود درجات عالية من الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد مقارنة بالمجموعة الثانية، وجدت الدراسة أيضاً أن مشاكل الأطفال السلوكية كانت أكثر لدى الأمهات اللواتي يعانين من مستويات عالية من الضغوط النفسية في كلا المجموعتين، واقترحت الدراسة توفير برامج إرشادية وتدريبية للأمهات تركز على تعليمهن كيفية التعامل مع سلوكيات أطفالهن وتساعد على التخفيف من ضغوطهن النفسية.

❖ **دراسة سينغال (Singhal, 2010) أمريكا.**

Parents of Children with Autism: Stresses and Strategies.

عنوان الدراسة: أولياء أمور الأطفال ذوي التوحد: الضغوطات النفسية والاستراتيجيات.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة مستويات الضغط النفسي وأساليب التكيف ومركز الضبط لدى أمهات أطفال التوحد وآبائهم ، ومقارنتها مع أولياء أمور الأطفال ذوي التطور النمائي الطبيعي، حيث ناقشت الدراسة فكرة التحاق الطفل ببرنامج تدخل مبكر وأثره في تخفيض مستويات الضغوط النفسية، وزيادة استخدام استراتيجية حل المشكلات من اجل التكيف، بما في ذلك اللجوء إلى الدعم المجتمعي واستخدام مركز الضبط الداخلي لدى الآباء والأمهات.

عينة الدراسة: لتحقيق غرض الدراسة أُختيرت عينة قسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تكونت المجموعة التجريبية من آباء وأمهات لعشرين طفلاً مشخّصاً بالتوحد (٢٠ أباً)، و(٢٠ أماً)، والمجموعة الضابطة تكونت من (٢٠) أباً، و(٢٠) أماً لأطفال لا يوجد لديهم أي تأخر معرفي أو جسدي أو تعليمي.

أدوات الدراسة: طُبّق في الدراسة برنامج للأسر استمر مدة سنة، وقد تكون من وحدات تضمنت معلومات عن اضطراب التوحد وخصائص الأطفال المصابين به، وطرق التدخل العلاجي والتربوي.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى أن أمهات أطفال التوحد وآبائهم لديهم مستويات عالية من الضغوط النفسية ولديهم دعم اجتماعي أقل ومركز الضبط لديهم خارجي، كما أوضحت النتائج أن كلاً من الأمهات والآباء يختبرون إعاقة طفلهم بشكل مختلف، وبالتالي يتكيفون بشكل مختلف مع الاضطرابات الانفعالية. كما بينت النتائج فاعلية البرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى الوالدين، كما أكدت النتائج أنَّ وجود برامج تدخل مناسبة يُخّفض الضغوط النفسية لدى الآباء والأمهات، ويزيد استخدام الأهل أساليب تكيف فعّالة.

❖ **دراسة البهنساوي و جرجس (Elbahnasawy & Girgis, 2011) أمريكا.**

Counseling for Mothers to Cope with their Autistic Children

عنوان الدراسة: الارشاد النفسي لأمهات اطفال التوحد للتكيف مع إعاقة أطفالهن.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية الارشاد لتلك الأمهات، وذلك من خلال تطوير برنامج إرشادي تبعاً لحاجاتهن وتقييم فاعلية الإرشاد في جوانب التكيف الجسدية، والاجتماعية، والحركية والعاطفية لدى الأمهات.

عينة الدراسة: تضّمنت عينة الدراسة (٩٠) أماً لأطفال توحد.

أدوات الدراسة: الدراسة إلى استبانة معلومات أولية عن الطفل والأم، ومقياس تأثير إعاقة الطفل على الأسرة، ونماذج التكيف لدى الأمهات، وبرنامج إرشادي يتضمن حاجات العناية اليومية بالطفل ونماذج التكيف التي تستخدمها الأمهات لتنفيذ متطلبات الطفل: ويتضمن جوانب الرعاية الجسدية للطفل كالنظافة والجوانب الاجتماعية كتشجيع الطفل على الانخراط في المجتمع.

نتائج الدراسة: وجدت الدراسة أن الأطفال التوحديين يعتمدون بشكل كلي على أمهاتهم في حياتهم اليومية مما يجعل الأمهات عرضة للضغوط النفسية، كما بينت الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في خفض الضغوط النفسية وتكيف الأمهات.

- **التعقيب على الدراسات السابقة:**

يتضح من خلال العرض السابق لمجموعة الدراسات السابقة التي أهتمت بموضوع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بشكل عام، والأطفال المصابين باضطراب التوحد بشكل خاص ما يلي:

- أكدّت معظم الدراسات السابقة العربية والأجنبية على حد سواء على أهمية التعرّف على مصادر الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين وتصميم برامج للتخفيف من تلك الضغوط كدراسة جاكون (Jackon, 1990) التي هدفت إلى دراسة العلاقة بين البيئة الأسرية والضغوط النفسية لدى المعوقين بصرياً. ودراسة ستولرسكي (Stolarski, 1991) التي هدفت إلى معرفة مستويات الضغط التي يعايشها أفراد أسر المعاقين بصرياً والأطفال المعاقين بصرياً ومتعددي الإعاقة، سواء كانت تلك الضغوط ناتجة بسبب إعاقة الطفل أو ناتجة عن الظروف الاجتماعية والمادية الناتجة عن الإعاقة المتعلقة بالابن. ودراسة ليسر (Leyser, 1996) التي هدفت إلى تعرّف العلاقة بين الضغوط النفسية والتكيف في الأسر التي لديها أطفال يعانون من إعاقة، ودراسة عبد القادر(١٩٩٧) التي هدفت إلى تعرف العلاقة بين الاضطراب التوحدي والضغط الوالدية، ودراسة عبد الغفار (١٩٩٩) التي هدفت إلى تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحديين من خلال استراتيجية علاجية تعتمد على الطفل والأسرة، ودراسة فاربر (Farber, ١٩٩٩) التي هدفت الدراسة إلى قياس مستوى التكيف النفسي والضغوط النفسية لدى أسر يعاني أطفالها من إعاقات مختلفة. ودراسة عبد القادر (٢٠٠٢) التي هدفت استثارة الانفعالات والعواطف لدى الأطفال التوحديين وآبائهم، ودراسة أبو غزالة (٢٠٠٤) التي هدفت إلى تزويد أمهات الأطفال التوحديين باستراتيجيات في إدارة الحياة وذلك بهدف التخفيف من الضغوط النفسية لديهن، ودراسة تومانيك ستاسى (Stacey, 2004) التي هدفت إلى فحص العلاقة بين السلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الأطفال التوحديين وبعض الضغوط التي تتعرض لها الأم من جراء هذه السلوكيات وخاصة القلق. بينما هدفت دراسة القدسي (٢٠٠٥) إلى الكشف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي العلاجي في تنمية أساليب التعامل الإيجابية مع الضغوط النفسية وخفضها لدى أمهات الأطفال المكفوفين، ودراسة ديوارت وآخرون (Duarte, et, al.2005) التي هدفت لمناقشة عوامل الضغوط النفسية لأمهات أطفال التوحد. وهدفت دراسة السيد ماضي (٢٠٠٦) تعرف جدوى تطبيق البرنامج التدريبي في تغيير الاتجاهات السلبية لآباء الأطفال الذاتويين، وكذلك الكشف عن طبيعة العلاقة بين الاتجاهات الوالدية السالبة ومدى تقدم الطفل الذاتوي في البرامج التدريبية، بينما هدفت دراسة سيد أحمد (٢٠٠٨) إلى التعرف على نسق الضغوط

النفسية الأكثر انتشاراً التي يتعرض لها المراهق الكفيف واتجاهات الأب ولأم والإخوة نحو الإعاقة، والكشف عن المعادلة التنبؤية لمستوى الضغوط النفسية من خلال اتجاهات الأسرة نحو الإعاقة البصرية كما يدركها الكفيف، ودراسة كارتر ودافيس (Davis & Carter, 2008) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين سلوكيات الطفل والضغط النفسي الوالدي لدى أمهات وآباء أطفال توحديين حديثي المشي مشخصين حديثاً بالتوحد. كما هدفت دراسة الدعدي (٢٠٠٩) إلى بحث طبيعة الضغوط النفسية وكل من التوافق الزواجي والأسري لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين ومقارنتها بعينة من آباء وأمهات الأطفال العاديين، وكذلك كشف علاقة الضغوط النفسية بمتغيري التوافق الزواجي والأسري لدى آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع ودرجة الإعاقة وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي)، وهدفت دراسة مظلوم (٢٠٠٩) إلى تعرف مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال ضعاف السمع بعد تطبيق البرنامج، وهل تنعكس فاعلية البرنامج المقدم للأمهات على توافق أطفالهن ضعاف السمع، اما دراسة قراقيش (٢٠٠٩) فقد هدفت إلى تحديد ما يمكن أن يحدثه وجود طفل يعاني من اضطراب التوحد من ضغوط نفسية لدى والديه، بالإضافة إلى التعرف على احتياجات أولياء أمور أولئك الأطفال، وعلاقة ذلك بمستويات الضغط النفسي وكذلك التعرف على علاقة كل من الضغوط النفسية والاحتياجات ببعض المتغيرات، ودراسة راو وبيديل (& Rao Beidel,2009) التي هدفت التعرف على الضغوط النفسية وتأثيراتها على آباء الأطفال المصابين باضطراب التوحد من ذوي الأداء المرتفع، وكذلك تكيف الأخوة والعائلة مع هؤلاء الأطفال، ودراسة البهنساوي و جرجس (Elbahnasawy & Girgis, 2011) التي كان هدفها تقييم فاعلية الارشاد لهؤلاء الأمهات، وذلك من خلال تطوير برنامج إرشادي تبعاً لحاجاتهن وتقييم فاعلية الإرشاد في جوانب التكيف الجسدية، الاجتماعية، الحركية والعاطفية للأمهات.وقد أشارت معظم هذه الدراسات إلى أن وجود الطفل المعاق يشكل مصدر ضغط لدى الأمهات، كما بينت نتائج الدراسات إلى فاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية في التخفيف من تلك الضغوط.

- وتنوعت الدراسات السابقة من حيث موضوع الدراسة: فبلغ عدد الدراسات السابقة بحسب موضوعاتها (٢٥) دراسة، وهي تتقاطع بشكل أو بأخر مع موضوع الدراسة الحالية، سواء كانت هذه الدراسات تتعلق بالضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بشكل عام، أو الأطفال المصابين باضطراب التوحد بشكل خاص، ولكل من هذا الدراسات سماتها الخاصة.

- ومن حيث المنهج المتبع في الدراسات والأدوات المستخدمة فيها فتعددت المناهج المتبعة في الدراسات السابقة، وكذلك الادوات وفقاً لطبيعة كل دراسة وأهدافها، وتمثلت هذه المناهج والأدوات في المنهج الوصفي والمنهج الوصفي التحليلي، والمنهج التجريبي. واستُخدِمت الاستبانة والمقاييس النفسية بصورة رئيسية في أغلب الدراسات السابقة، وكذلك بعض المقابلات التشخيصية وبطاقات الملاحظة.

- **موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:**

تتجلى أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة فيما يلي:

- اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة على أهمية التعرف على مستويات الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وتصميم برامج تدريبية لخفض هذه الضغوط.
- تتفق الدراسة الحالية مع بعض الدراسات التجريبية في التركيز على خفض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعاقين بشكل عام، والمصابين بالتوحد بشكل خاص.
- تشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في استخدام المنهج التجريبي لمناسبته لطبيعة الدراسة، بالإضافة إلى استخدام البرنامج التدريبي والمقاييس التي يمكن من خلالها تنمية مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى بعض أمهات أطفال التوحد.
- بينما تميزت الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في استخدام برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفكير الإيجابي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وهذا ما لم تجده الباحثة في الدراسات السابقة
- **أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة في الدراسة الحالية:**
- الاطلاع على الجوانب التي جرى التركيز عليها في هذه الدراسات، وعلى مصادر الضغوط النفسية التي اهتمت بدراستها.
- المنهجية العلمية التي استخدمتها الدراسات السابقة في صوغ مشكلة الدراسة وكتابة الفرضيات ومعالجة النتائج.
- الإفادة من الأدوات التي استخدمت في الدراسات السابقة من أجل إعداد وتصميم أدوات هذه الدراسة.

- الإفادة من الدراسات السابقة في إعداد البرنامج التدريبي الحالي من خلال التعرف على الأسس التدريبية والنفسية التي تقوم عليها البرامج المستخدمة في الدراسات السابقة، والاستفادة من المنهجية في بناء هيكلية البرنامج التدريبي الحالي.
- الإفادة من الدراسات السابقة في أسلوب اختيار عينة الدراسة الحالية، وفي اختيار أفراد كل من المجموعتين التجريبية والضابطة.
- مقارنة نتائج الدراسة الحالية بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة والمرتبطة بجوانب الدراسة.

الفصل الرابع

منهج الدراسة وإجراءاتها

أولاً- منهج الدراسة.

ثانياً- متغيرات الدراسة.

ثالثاً- عينة الدراسة والإجراءات المتبعة في اختيارها.

رابعاً- أدوات الدراسة:

1. مقياس التفكير الإيجابي (إعداد الباحثة).
2. مقياس الضغوط النفسية (إعداد الباحثة).
3. البرنامج التدريبي القائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى بعض أمهات أطفال التوحد (إعداد الباحثة).

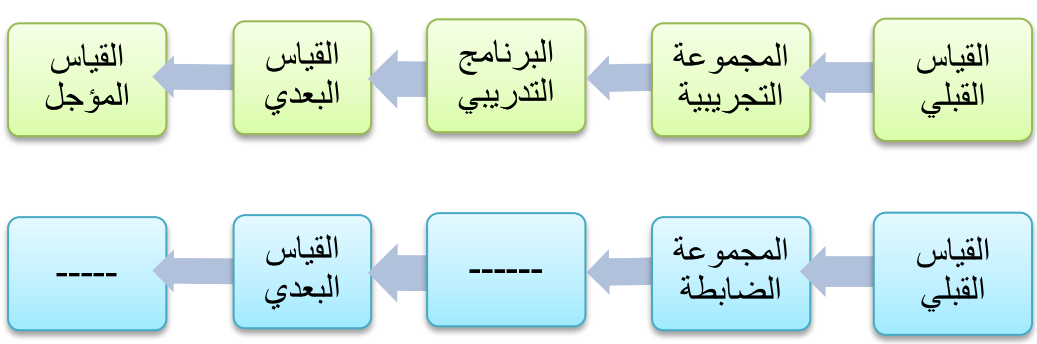
خامساً- خطوات تنفيذ الدراسة.

سادساً- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية.

يتناول هذا الفصل من الدراسة وصفاً لمنهج الدراسة ومتغيراتها وكيفية سحب عينة الدراسة، وكيفية توزيعها إلى مجموعتين تجريبية وضابطة ودراسة تجانسها وفقاً لمتغيرات الدراسة، كما يتناول الفصل أيضاً وصفاً تفصيلياً لأدوات الدراسة (مقياس التفكير الإيجابي ومقياس الضغوط النفسية والبرنامج التدريبي) من حيث الهدف والإعداد ومؤشرات الصدق والثبات وطرائق التصحيح ووضع الدرجات وتحديد المستويات، كما يتناول وصف إجراءات الدراسة، والأساليب الإحصائية التي استخدمت للتحقق من نتائجها.

أولاً- منهج الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة في "تعرف فاعلية برنامج تدريبي قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى بعض أمهات أطفال التوحد" استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، والمنهج التجريبي هو" تغيير مضبوط ومقصود لجملة من الشروط التي تحدد تلك الظاهرة، وملاحظة التغييرات الناجمة عنها، ثم تحليل هذه التغيرات وتفسيرها" (الأحمد، ٢٠٠٦، ٢٨). في ضوء اختيار المنهج التجريبي تم تصميم الدراسة التجريبية، حيث تم تطبيق أدوات القياس قبلياً (مقياس التفكير الإيجابي ومقياس الضغوط النفسية اللذين أعدتهما الباحثة) على المجموعتين التجريبية والضابطة، ومن ثم قُدم البرنامج التدريبي للمجموعة التجريبية، وبعد انتهاء فترة تطبيقه مباشرة، طبقت أدوات القياس بعدياً على المجموعتين التجريبية والضابطة، وبعد مضي شهرٍ من الانتهاء من تطبيق البرنامج طبقت الأدوات مرة أخرى على المجموعة التجريبية فقط (القياس المؤجل). والشكل الآتي يوضح تصميم الدراسة التجريبية:



الشكل (١) تصميم الدراسة التجريبية

ثانياً- متغيرات الدراسة:

١- **المتغير المستقل:** يتمثل في البرنامج التدريبي (موضوع الدراسة الحالية).

٢- **المتغير التابع:** ويتمثل في التغيُّر الحاصل في مهارات التفكير الإيجابي(التوقعات الإيجابية والتفاؤل، والضبط الانفعالي، وتقبل الذات، وحب التعلم، والمجازفات الإيجابية، والقدرة على تحمل المعاناة) ومستوى الضغوط النفسية لدى أفراد عينة الدراسة.

ثالثاً- عينة الدراسة والإجراءات المتبعة في اختيارها:

لتحقيق أهداف الدراسة في التعرف إلى فاعلية البرنامج التدريبي المصمم من قبل الباحثة لتنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي لدى بعض أمهات أطفال التوحد لخفض مستوى الضغوط النفسية لديهن اعتمدت الباحثة على (العينة المقصودة) والتي تحدد مسبقاً مواصفات وخصائص الأفراد الذين يجب أن تتضمّنهم العينة، وبذلك لا تكون المشكلة في الحصول على عدد كافٍ من أفراد المجتمع الأصلي، وإنما المشكلة تكمن في الحصول على أفراد لهم مواصفات معينة تنسجم مع أغراض الدراسة (الزراد ويحيى، ١٩٨٦، ص٧٢).

- بلغ عدد أفراد عينة الدراسة الحالية -(٢٤) أمّاً من أمهات الأطفال ذوي التوحد، موزعين بالتساوي (١٢ أمّاً للعينة التجريبية، و١٢ أمّاً للعينة الضابطة)، أُخترن من المنظمة السورية للمعوقين آمال في محافظة مدينة دمشق للأسباب الآتية:
- تعتبر المنظمة السورية للمعوقين آمال من أكثر المراكز (الحكومية والخاصة) الموجودة في مدينة دمشق استيعاباً للأطفال التوحديين من حيث(التشخيص والتأهيل)، حيث بلغ عدد أمهات الأطفال التوحديين للعام الدراسي (٢٠١٢/٢٠١٣) وهو العام الذي طبق فيه البرنامج التدريبي (٩٢) أماً .
- عمل الباحثة في هذه المنظمة بصفة (أخصائية التربية الخاصة) واطلاعها بحكم عملها على جميع ملفات هؤلاء الأطفال وأسرهم، مما سهل التواصل مع أفراد عينة الدراسة.
- تعاون المنظمة مع الباحثة من حيث تأمين وسائل الاتصال مع أفراد عينة الدراسة وتأمين قاعة مجهّزة أمكن من خلالها الاجتماع مع أفراد عينة الدراسة لمرات عدة وتطبيق البرنامج التدريبي عليهم.

٣-١- خطوات اختيار عينة الدراسة:

بعد التحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة، قامت الباحثة بحصر عدد من تبقى من أمهات أطفال التوحد في المنظمة وقُدّر عددهن بـ(٦٠) أماً (باستثناء العينة الاستطلاعية والعينة السيكومترية) بعد ذلك تمكّنت الباحثة من إجراء اتصال هاتفي بـ(٤٦) أماً منهن فقط، وتم الاتفاق مع (٤١) أمّاً منهن فقط على الاجتماع في المنظمة في الفترة الواقعة بـ(١٠-١١-١٢/٣/٢٠١٣)، نظراً لطبيعة ظروف كل أم.

وقد اختارت الباحثة عينة الدراسة وفق الخطوات والإجراءات الآتية:

١- شرحت الباحثة خطوات الدراسة وأهميتها، ثم قامت بتطبيق مقياس الضغوط النفسية على الأمهات الـ(٤١).

١- تمّ اختيار الأمهات اللواتي حصلن على درجات مرتفعة في مقياس الضغوط النفسية.

٢- تمّ تطبيق مقياس التفكير الإيجابي على الأمهات االلواتي حصلن على درجات مرتفعة في مقياس الضغوط النفسية.

٣- تمّ اختيار الأمهات اللواتي حصلن على درجات منخفضة في مقياس التفكير الإيجابي وقد بلغ عددهن (٢٩) أماً.

٤- تمّ تثبيت متغير (درجة التوحد) من خلال استبعاد اثنان من الأمهات نظراً لشدة إعاقة طفليهما حيث يتوفر في المنظمة السورية للمعوقين آمال ملف خاص بتشخيص كل طفل، ومن خلال الرجوع إلى ملفات هؤلاء تم استبعاد أمهات الأطفال ذوي التوحد الشديد، ونتيجة لذلك بلغت العينة (٢٧) أماً.

٥- تمّ استبعاد ثلاث أمهات رفضن المشاركة في البرنامج التدريبي بسبب ظروفهن الخاصة، ونتيجة لذلك بلغت العينة (٢٤) أماً.

٦- تمّ توزيع العينة على مجموعتين (تجريبية وضابطة) وفقاً لمتغيرات الدراسة (العمر، درجات مقياسي الضغوط النفسية ومهارات التفكير الايجابي) حيث بلغت المجموعة التجريبية (١٢) أماً، والمجموعة الضابطة .(١٢) أماً. والجدول الآتي يوضح توزع المجموعتين وفقاً لمتغير العمر.

الجدول (١) توزع أفراد عينة الدراسة على متغير العمر

	عمر الأم	من ٢٠ إلى ٢٩ سنة	من٣٠ إلى ٣٩ سنة	من ٤٠ إلى ٤٩ سنة	أكثر من ٥٠ سنة	المجموع
المنظمة السورية للمعوقين آمال	المجموعة التجريبية	١	٥	٦	–	١٢
	المجموعة الضابطة	١	٥	٥	١	١٢
المجموع الكلي لعينة الدراسة		٢	١٠	١١	١	٢٤

٧– التأكد من تجانس مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة):

لضبط متغيرات الدراسة الحالية تمّ التحقق من تجانس المجموعتين (التجريبية، والضابطة) في متغيرات (العمر، ومهارات التفكير الإيجابي، ومستوى الضغوط النفسية) باستخدام معادلة مان–ويتني (Man-Whiteney) لعينتين مستقلتين، لتحديد مقدار الفروق بين المجموعتين قبل تطبيق البرنامج التدريبي، وتعيين التجانس في تلك المتغيرات التي يمكن أن تتأثر بالبرنامج التدريبي، وذلك على النحو الآتي:

– التأكد من تجانس مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) في متغير العمر كما يَظهر في الجدول الآتي:

الجدول(٢) نتائج تجانس مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) وفق معادلة مان–ويتني في متغير العمر

متغير العمر							
المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي لأعمار المجموعتين	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
التجريبية	١٢	٣٩.٥٠	٦.٩٧٣	١١.٧٥	١٤١.٠٠	٦٣.٠٠	٠.٦٠٣
الضابطة	١٢	٤١.٠٠	٦.٧٨٢	١٣.٢٥	١٥٩.٠٠		

يُلاحظ من الجدول (٢) أن قيمة مان–وتيني (U) كانت غير دالة إحصائياً بالنسبة لمتغير (العمر)، إذ كانت مستوى الدلالة لها أكبر من(٠.٠٥)، كما يلاحظ أن متوسط رتب المجموعة التجريبية مساوياً تقريباً لمتوسط رتب المجموعة الضابطة، مما يجعلنا نقول بأن المجموعتين التجريبية والضابطة متجانستان في متغير العمر قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

– التأكد من تجانس مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) في درجاتهم على مقياس مهارات التفكير الإيجابي كما يَظهر في الجدول الآتي:

الجدول(٣) نتائج تجانس مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) وفق معادلة مان-ويتني على الدرجة الكلية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية

مقياس مهارات التفكير الإيجابي								
	المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	التجريبية	١٢	٨.٥٠	٠.٩٠٤	١٠.٧١	١٢٨.٥٠	٥٠.٠٠	٠.١٨٠
	الضابطة	١٢	٩.٠٨٣	٠.٩٠١	١٤.٢٩	١٧١.٥٠		
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	التجريبية	١٢	١٠.٠٨	٠.٩٩٦	١١.٠٨	١٣٣.٠٠	٥٥.٠٠	٠.٣٠٧
	الضابطة	١٢	١٠.٥٠	١.٠٠١	١٣.٩٢	١٦٧.٠٠		
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	التجريبية	١٢	١٣.٢٥	١.٢٨٨	١١.٠٨	١٣٣.٠٠	٥٥.٠٠	٠.٣٠٩
	الضابطة	١٢	١٣.٦٦	٠.٧٧٨	١٣.٩٢	١٦٧.٠٠		
التقبل غير المشروط للذات	التجريبية	١٢	١٢.٧٥	١.٤٨٤	١١.٤٦	١٣٧.٥٠	٥٩.٥٠	٠.٤٥٣
	الضابطة	١٢	١٣.١٦	١.٤٠٣	١٤.٥٨	١٦٢.٥٠		
المجازفات الإيجابية	التجريبية	١٢	٧.٩١	٠.٩٩٦	١٠.٤٢	١٢٥.٠٠	٤٧.٠٠	٠.١٣٥
	الضابطة	١٢	٨.٥٨	١.٢٤٠	١٤.٥٨	١٧٥.٠٠		
القدرة على تحمل المعاناة	التجريبية	١٢	٨.٩١٦	٠.٩٩٤	١١.٧٥	١٤١.٠٠	٦٣.٠٠	٠.٥٨٠
	الضابطة	١٢	٩.١٦٦	٠.٧١٧	١٣.٢٥	١٥٩.٠٠		
الدرجة الكلية	التجريبية	١٢	٦١.٤١	٣.٩١٨	٩.٧٩	١١٧.٥٠	٣٩.٥٠	٠.٠٥٨
	الضابطة	١٢	٦٤.١٦	٢.٩٤٩	١٥.٢١	١٨٢.٥٠		

يُلاحظ من الجدول (٣) أن جميع قيم مان- وتيني (U) كانت غير دالّة إحصائياً بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية، إذ كان مستوى الدلالة لها جميعها أكبر من (٠.٠٥)، كما يلاحظ أن متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية مساوياً نوعاً ما لمتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة، مما يجعلنا نقول بأن أمهات المجموعتين التجريبية والضابطة متجانسين في درجاتهم على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

- التأكد من تجانس مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) في درجاتهم على مقياس الضغوط النفسية كما يَظهر في الجدول الآتي:

الجدول (٤) نتائج تجانس مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) وفق معادلة مان–ويتني على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية

مقياس الضغوط النفسية										
مجالات المقياس	المجموعة	عدد البنود	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الرتبي (١)	مستوى الضغط النفسي	متوسط الرتب	مجموع الرتب	(U)	الدلالة
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	التجريبية	١٢	٣٠.٥٨	١.٩٢	٢.٥٤	مرتفع	١٣.٨	١٦٦.٠	٥٦.٠	٠.٣٤
	الضابطة		٣٠.٠١	٢.٧٣	٢.٥٠	مرتفع	١١.١	١٣٤.٠		
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	التجريبية	١٠	٢٥.٥٠	١.٧٨	٢.٥٥	مرتفع	١١.٦	١٣٩.٥	٦١.٥	٠.٥٣
	الضابطة		٢٥.٩١	١.٨٣	٢.٥٩	مرتفع	١٣.٣	١٦٠.٥		
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	التجريبية	١٠	٢٥.٩٢	٢.٢٣	٢.٥٩	مرتفع	١١.٣	١٣٦.٥	٥٨.٥	٠.٤٢
	الضابطة		٢٦.٤١	١.٧٨	٢.٦٤	مرتفع	١٣.٦	١٦٣.٥		
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	التجريبية	١٤	٣٧.٨٣	٢.٤٤	٢.٧٠	مرتفع	١٢.٢	١٤٧.٥	٦٩.٥	٠.٨٨
	الضابطة		٣٨.٥٠	٤.٠١	٢.٧٥	مرتفع	١٢.٧	١٥٢.٥		
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	التجريبية	٧	١٨.٠٨	٠.٧٩	٢.٥٨	مرتفع	١١.٢	١٣٥.٠	٥٧.٠	٠.٣٦
	الضابطة		١٨.٥٨	١.٣١	٢.٦٥	مرتفع	١٣.٧	١٦٥.٠		
الدرجة الكلية	التجريبية	٥٣	١٣٧.٩	٦.١٢	٢.٦٠	مرتفع	١١.٩	١٤٣.٠	٦٥.٠	٠.٦٨
	الضابطة		١٣٩.٤	٥.٤١	٢.٦٣	مرتفع	١٣.٠	١٥٧.٠		

عدد العينة= المجموعة التجريبية(١٢) أماً – المجموعة الضابطة (١٢) أماً.

يُلاحظ من الجدول (٤) أن جميع قيم مان– وتيني (U) كانت غير دالّة إحصائياً بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية، إذ كان مستوى الدلالة لها جميعها أكبر من (٠.٠٥)، كما يلاحظ أن متوسطات رتب المجموعة التجريبية مساوياً تقريباً لمتوسطات رتب المجموعة الضابطة، مما يجعلنا نقول بأن المجموعتين التجريبية والضابطة متجانستان في درجاتهم ومستوياتهم على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية قبل تطبيق البرنامج التدريبي.

ومما سبق يُلاحظ وجود تجانس وتكافؤ بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في متغيرات الدراسة (العمر، ومهارات التفكير الإيجابي، ومستوى الضغوط النفسية)، قبل تطبيق البرنامج

١- المتوسط الرتبي للدرجة الكلية = المتوسط الحسابي ÷ عدد بنود المقياس كاملة.
٢- المتوسط الرتبي لكل مجال = المتوسط الحسابي للمجال ÷ عدد بنوده.

التدريبي. وبالتالي فأن أي تغيير في مهارات التفكير الايجابي أو مستوى الضغوط النفسية في القياس البعدي يمكن أن يعزى لبرنامج التدريبي.

رابعاً- أدوات الدراسة:

لتحقيق أهداف الدراسة وللتعرف على فاعلية البرنامج التدريبي القائم على تنمية مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى بعض أمهات أطفال التوحد في مدينة دمشق قامت الباحثة بإعداد الأدوات الآتية:

١. مقياس مهارات التفكير الإيجابي (من إعداد الباحثة).
٢. مقياس الضغوط النفسية (من إعداد الباحثة).
٣. البرنامج التدريبي القائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية (من إعداد الباحثة).

وفيما يلي عرض مفصّل لهذه الأدوات:

١ - مقياس مهارات التفكير الإيجابي:

مرّ تصميم المقياس بعدة مراحل مخُطَّطة ومنظمة بدقة قبل أن يظهر في صورته النهائية، وجميع تلك المراحل تؤسس لصدق المقياس وهي:

أ. **تحديد مجالات مقياس مهارات التفكير الإيجابي وعينة السلوك الممثلة** بإتباع الخطوات الآتية:

تمّت مراجعة الأدبيات العلمية ذات العلاقة بمهارات التفكير عامة والتفكير الإيجابي خاصة، بالإضافة إلى مراجعة البحوث والدراسات المحلية والعربية والأجنبية المرتبطة بموضوع الدراسة مثل دراسة دندي (٢٠١٣)، ودراسة كاظم (٢٠١٠)، ودراسة شهاب (٢٠١٠)، ودراسة قاسم (٢٠٠٩)، ودراسة خليل (٢٠٠٩)، ودراسة الرقيب (٢٠٠٨)، دراسة محيلان والعنزي(٢٠٠٧)، ودراسة إبراهيم (٢٠٠٨)، ودراسة بوقفة (٢٠٠٥)، ودراسة الضعيف (٢٠٠٥)، ودراسة بارك وآخرون (Park et al., 2006) ودراسة سليجمان (Seligman 2002) وغيرها...

حيث اطَّلعت الباحثة على هذه الدراسات والمقاييس التي تضمنتها، وذلك للوقوف على ما انتهت إليه تلك الدراسات والبحوث، ولمعرفة أهم المجالات التي تناولتها والجوانب التي تغطيها، كما استرشدت الباحثة بآراء التربويين المتخصصين في مجال التربية الخاصة، والقياس النفسي، وعلم النفس، في كلية التربية بجامعة دمشق لتحديد النقاط الأساسية في بناء المقياس.

تمّ تحديد مجالات المقياس بستة مجالات وانتقاء عينة من البنود تغطي كل مجال من مجالات المقياس مع مراعاة وضوح الألفاظ والكلمات ودقتها.

ب. تحديد أهداف المقياس:

- **الهدف العام للمقياس:** الكشف عن درجة مهارات التفكير الإيجابي لدى بعض أمهات أطفال التوحد.
- **الأهداف الفرعية للمقياس:** تتمثل الأهداف الفرعية للمقياس بما يلي:

١. الكشف عن درجة التوقعات الإيجابية والتفاؤل لدى بعض أمهات أطفال التوحد.
٢. الكشف عن درجة الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا لدى بعض أمهات أطفال التوحد.
٣. الكشف عن درجة حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي لدى بعض أمهات أطفال التوحد.
٤. الكشف عن درجة التقبل غير المشروط للذات لدى بعض أمهات أطفال التوحد.
٥. الكشف عن درجة المجازفات الإيجابية لدى بعض أمهات أطفال التوحد.
٦. الكشف عن درجة القدرة على تحمل المعاناة لدى بعض أمهات أطفال التوحد.

ت. **إخراج مقياس مهارات التفكير الإيجابي في صورته الأولية:** حيث تكوّن المقياس من النقاط الآتية:

- **مقدمة:** توضح طبيعة المقياس والهدف منه وكيفية التعامل معه، وبعض الملاحظات الواجب التقيد بها أثناء الإجابة عليه.
- **معلومات عامة عن أمهات أطفال التوحد:** تتعلق بمعرفة اسم الأم وعمرها.
- **بنود المقياس وعباراته:** حيث بلغ عدد بنود المقياس (٥٦) بنداً، ويتكون كل بند من عبارتين (أ) و(ب)، إحداهما إيجابية والأخرى سلبية تصف بعض أساليب التفكير وطرائقه لدى الأم في

مواجهة المواقف الاجتماعية وتفسيراتها لها، ولا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة على المقياس، فالعبارة التي تختارها الأم من كل بند تعكس طريقة تفكيرها واتجاهاتها نحو محتوى العبارة، وتحصل الأم على درجتين حين تختار العبارة الإيجابية، ودرجة واحدة حين تختار العبارة السلبية، وبالتالي كلما ارتفعت الدرجة على المقياس فذلك دليل على زيادة الإيجابية في التفكير، والجدول (٥) يبين توزع البنود على مجالات مقياس مهارات التفكير الإيجابي في صورته الأولية.

جدول (٥) مقياس مهارات التفكير الإيجابي بصورته الأولية

م	مجالات المقياس	الصورة الأولية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي	
		عدد البنود	أرقام البنود
١	التوقعات الإيجابية والتفاؤل	٨	١-٨
٢	الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	١٠	٩-١٨
٣	حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	١٠	١٩-٢٨
٤	تقبل الذات غير المشروط	١١	٢٩-٣٩
٥	المجازفات الإيجابية	٩	٤٠-٤٨
٦	القدرة على تحمل المعاناة	٨	٤٩-٥٦
	بنود المقياس	٥٦	

ث- عرض مقياس مهارات التفكير الإيجابي على عدد من المحكمين:

تمّ التحقق من صدق محتوى المقياس(Content validity) بعرضه على مجموعة محكّمين في الفترة الواقعة بين (٢٠١٣/١/٦ ولغاية ٢٠١٣/١/٣٠)، عددهم الإجمالي(٧) محكّمين من ذوي الاختصاص والخبرة في مجال التربية الخاصة، والقياس النفسي، وعلم النفس (الملحق رقم"٣")، من أجل التحقق من مدى ارتباط بنود المقياس بالهدف العام للمقياس، وللاستفادة من آرائهم ومقترحاتهم في مدى ملاءمة المقياس لما هو مطلوب قياسه ومدى وضوح بنوده وعباراته وطريقة تصحيحه، ولإضافة مقترحاتهم وآرائهم مما يسهم في إغناء المقياس وتجويده. وقد أرفق المقياس بمقدمة تبيّن الهدف العام منه، ومن ثم قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي أوصى بها السادة المحكّمون من حيث حذف بعض بنود المقياس، وإجراء تعديلات وإعادة صياغة بنود أخرى لتصبح أكثر وضوحاً

وملاءمة (الجدول "٢"). كما تمّ استبعاد البنود التي حصلت على نسبة اتفاق تقل عن (٧٠%) من الاتفاق بين المحكمين وعددها(٦) بنود.

الجدول (٦) أمثلة لبعض البنود التي تمّ إجراء التعديلات عليها في مقياس مهارات التفكير الإيجابي وفقاً لآراء السادة المحكّمين.

العبارات التي تحتاج إلى تعديل	العبارات بعد التعديل
أتميز بالضبط الانفعالي رغم أي استفزاز أتعرض له.	استطيع ضبط انفعالاتي عندما يتمّ استفزازي.
حياتي سعيدة بخبراتي المعاشة.	أنا قادرة على جعل حياتي سعيدة بالخبرات التي أكتسبها.
تفسد علي أي متعة شعوري بالذنب والخطأ.	أشعر دائما بالذنب والخطأ لدرجة تفسد علي أي متعة.

ج- التجربة الاستطلاعية:

بعد الانتهاء من التحكيم قامت الباحثة بتطبيق مقياس مهارات التفكير الإيجابي على عينة استطلاعية مكونة من (٨) أمهات لأطفال توحديين وهي غير عينة الدراسة الأساسية، حيث تمّ استدعاء هذه العينة وجميعهن في المنظمة السورية للمعوقين آمال في محافظة مدينة دمشق في تاريخ .(٢٠١٣/٢/١٠)، ويُظهر الجدول(٧) خصائص أفراد العينة الاستطلاعية.

الجدول(٧) الخصائص الديمغرافية لعينة الدراسة الاستطلاعية

اسم المركز	عمر الأم				المجموع
	٢٠-٢٩	٣٠-٣٩	٤٠-٤٩	٥٠فأكثر	
المنظمة السورية للمعوقين آمال	1	4	3	-	8

وكان الهدف من الدراسة الاستطلاعية التأكد من مناسبة البنود للتطبيق ووضوح العبارات بالنسبة للأمهات، حيث طُلبَ من أفراد العينة الاستطلاعية عند الإجابة على بنود المقياس أن يضعن إشارة إلى جانب كل بند يجدن فيه صعوبة أو غموضاً في فهمه، وبناءً عليه تمّ تعديل عدد من البنود

والعبارات التي وجد فيها أفراد العينة الاستطلاعية صعوبة في فهمها أو في الإجابة عليها لتصبح أكثر وضوحاً وسهولة، كما هو موضح في الجدول(٨).

الجدول (٨) أمثلة لبعض البنود التي تمّ إجراء التعديلات عليها بناء على إجابات العينة الاستطلاعية.

مقياس مهارات التفكير الإيجابي	
العبارات قبل التعديل	**العبارات بعد التعديل**
الطفل المعوق لدي يجعلني ألجأ لحلول كثيرة	وجود طفل توحدي لدي يجعلني ألجأ لحلول كثيرة (التأهيل، اللجوء للأصدقاء، اللجوء لله)
إعاقة طفلي صعبة التعايش معها.	يصعب علي التغلب على إعاقة طفلي أو حتى التعايش معها.

ح – إخراج المقياس بعد التحكيم والدراسة الاستطلاعية:

حيث اشتمل مقياس مهارات التفكير الإيجابي بعد التحكيم والدراسة الاستطلاعية على (٥٠) بنداً موزعة على ستة مجالات رئيسية، والجدول (٩) يوضح توّزع البنود على مجالات المقياس.

الجدول (٩) توزع البنود في مقياس مهارات التفكير الإيجابي بعد الدراسة الاستطلاعية

م	مجالات المقياس	الصورة الأولية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي	
		عدد البنود	أرقام البنود
١	التوقعات الإيجابية والتفاؤل	٧	١-٧
٢	الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	٨	٨- ١٥
٣	حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	١٠	١٦-٢٥
٤	التقبل غير المشروط للذات	١٠	٢٦- ٣٥
٥	المجازفات الإيجابية	٧	٣٦-٤٢
٦	القدرة على تحمل المعاناة	٨	٤٣-٥٠
	بنود المقياس	٥٠	

ولتحديد مستوى التفكير الإيجابي لدى الأمهات تمّ حساب طول الفئة على النحو الآتي:

- حساب المدى بطرح أكبر قيمة في المقياس من أصغر قيمة (٩٦-٤٨=٤٨).
- حساب طول الفئة بتقسيم المدى وهو (٤٨) على أكبر قيمة في المقياس وهي (٢) ٤٨ ÷ ٢ = ٢٤ .

- إضافة طول الفئة وهو (٢٤) إلى أدنى درجة بالمقياس (٤٨) وذلك للحصول على المتوسط الحسابي: ٢٤+٤٨= ٧٢
- تمّ اعتبار الأمهات اللواتي حصلن على درجة أدنى من المتوسط بأن لديهن مستوى منخفض من التفكير الإيجابي.

ح- دراسة صدق المقياس وثباته:

تمّ حساب صدق وثبات مقياس مهارات التفكير الإيجابي بعدة طرائق، من خلال تطبيقه على عينة اختيرت من خلال المنظمة السورية للمعوقين آمال بلغ عددها الإجمالي (١٦) أماً، وهي غير عينة الدراسة الأساسية وغير عينة الدراسة الاستطلاعية السابقة، وذلك في تاريخ (٢٠١٣/٢/١٧) حيث تمّ استدعاء هذه العينة إلى المنظمة لغرضين:

الغرض الأول: لدراسة صدق وثبات مقاييس الدراسة (مقياس التفكير الإيجابي ومقياس الضغوط النفسية).

الغرض الثاني: لاختيار عدد من أفراد هذه العينة (حسب رغبة كل أم) لتجربة البرنامج التدريبي والتأكد من صدق محتواه، وسوف يتمّ الحديث عنه مفصلاً لاحقاً. الجدول(١٠) يوضح توزع عينة الصدق والثبات على متغير العمر.

الجدول (١٠) توزع عينة الصدق والثبات على متغير العمر

اسم المركز	عمر الأم				المجموع
	٢٠-٢٩	٣٠-٣٩	٤٠-٤٩	٥٠فأكثر	
المنظمة السورية للمعوقين آمال	٢	٦	٧	١	١٦

- **الصدق البنيوي (الصدق التكويني):**

تمّ حساب الصدق البنيوي لمقياس مهارات التفكير الإيجابي من خلال القيام بالإجراءات الآتية:

- إيجاد معاملات الارتباط بين مجموع درجات كل مجال من مجالات المقياس مع المجالات الأخرى ومع الدرجة الكلية. والجدول (١١) يوضح ذلك.

الجدول (١١) معامل ارتباط كل مجال من مجالات مقياس مهارات التفكير الإيجابي مع المجالات الأخرى ومع الدرجة الكلية.

مجالات المقياس	التوقعات الإيجابية والتفاؤل	الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	التقبل غير المشروط للذات	المجازفات الإيجابية	القدرة على تحمل المعاناة	الدرجة الكلية للمقياس
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	١	٠.٨٠**	٠.٥٦*	٠.٦٥**	٠.٦٣**	٠.٧٣**	٠.٨١**
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا		١	٠.٨٢**	**٠.٧٣	٠.٧٨**	٠.٧١**	٠.٩١**
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي			١	٠.٩٠**	٠.٩١**	٠.٥٤*	٠.٩٢**
التقبل غير المشروط للذات				١	٠.٨٥**	٠.٦٧**	٠.٩٣**
المجازفات الإيجابية					١	٠.٥٦*	٠.٩٠**
القدرة على تحمل المعاناة						١	٠.٧٨**

(**) دال عند مستوى دلالة ٠.٠١ (*) دال عند مستوى دلالة ٠.٠٥

ويلاحظ من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين مجالات المقياس (مع بعضها البعض) وبين المجالات والدرجة الكلية للمقياس كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (٠.٠١/٠.٠٥) مما يشير إلى أن هذه المجالات مرتبطة مع بعضها البعض ومرتبطة أيضاً مع الدرجة الكلية، وهذا يؤكد الصدق البنيوي للمقياس.

- إيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية للمجال الذي ينتمي إليه البند والجدول(١٢) يوضح ذلك.

الجدول(١٢) معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس مهارات التفكير الإيجابي مع الدرجة الكلية للمجال الذي ينتمي إليه البند

رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار	رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار	رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار
مجال التوقعات الإيجابية والتفاؤل			١٩	٠.٧٨**	دال	٣٨	٠.٥٩*	دال
١	٠.٦٩**	دال	٢٠	٠.٦٩**	دال	٣٩	٠.٧١**	دال
٢	٠.٥٢*	دال	٢١	٠.٦٦**	دال	٤٠	٠.٥٥*	دال

٣	٠.٥٩*	دال	٢٢	٠.٧٠**	دال	٤١	٠.٧٤**	دال
٤	٠.٦٥**	دال	٢٣	٠.٧٤**	دال	٤٢	٠.٧٦**	دال
٥	٠.٥٣*	دال	٢٤	٠.٥٣*	دال	مجال القدرة على تحمل المعاناة		
٦	٠.٥٥*	دال	٢٥	٠.٥٦*	دال	٤٣	٠.٥١ *	دال
٧	٠.٥٠*	دال	التقبل غير المشروط للذات			٤٤	٠.٦٠ **	دال
مجال الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا			٢٦	٠.٥٦*	دال	٤٥	٠.٦٢**	دال
٨	٠.٧٠**	دال	٢٧	٠.٦٨**	دال	٤٦	٠.٥٧*	دال
٩	٠.٦٩**	دال	٢٨	٠.٨٤**	دال	٤٧	٠.٥١*	دال
١٠	٠.٦٦**	دال	٢٩	٠.٦٠**	دال	٤٨	٠.٧٨**	دال
١١	٠.٦٨**	دال	٣٠	٠.٦٥**	دال	٤٩	٠.٥٤*	دال
١٢	٠.٥٣*	دال	٣١	٠.٦٢**	دال	٥٠	٠.٦٧**	دال
١٣	٠.٥٩*	دال	٣٢	٠.٧٧**	دال			
١٤	٠.٥٣*	دال	٣٣	٠.٦٧**	دال			
١٥	٠.٥٦*	دال	٣٤	٠.٥٧**	دال			
مجال حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي			٣٥	٠.٦٩**	دال			
16	٠.٧٠**	دال	مجال المجازفات الإيجابية					
17	٠.٧٤**	دال	٣٦	٠.٧٤**				
18	٠.٧٧**	دال	٣٧	٠.٥٠*				

يلاحظ من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين البند والمجال الذي ينتمي إليه في هذه المقياس كانت جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١/٠.٠٥) مما يشير إلى وجود تجانس داخلي للمقياس، وهذا يدل على أن المقياس على درجة جيدة من الاتساق الداخلي وأن البنود تقيس ما وضعت لقياس.

- إيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس كاملاً، كما هو موضّح في الجدول (١٣).

الجدول(١٣) معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس مهارات التفكير الإيجابي والدرجة الكلية.

رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار	رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار	رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار
١	٠.٦١**	دال	١٩	٠.٦٥**	دال	٣٧	٠.٦٧**	دال
٢	٠.٧٢**	دال	٢٠	٠.٦٧**	دال	٣٨	٠.٢٩	غير دال
٣	٠.٦٦**	دال	٢١	٠.٧٨**	دال	٣٩	٠.٥٤*	دال
٤	٠.٥٠*	دال	٢٢	٠.٨٢**	دال	٤٠	٠.٦٢**	دال
٥	٠.٧١**	دال	٢٣	٠.٨٤**	دال	٤١	٠.٦٩**	دال
٦	٠.٦٣**	دال	٢٤	٠.٦٤**	دال	٤٢	٠.٧١**	دال

٧	٠.٦٧**	دال	٢٥	٠.٦١**	دال	٤٣	٠.٧٥**	دال
٨	٠.٥٩*	دال	٢٦	٠.٧٥**	دال	٤٤	٠.٦٣**	دال
٩	٠.٥٧*	دال	٢٧	٠.٦٣**	دال	٤٥	٠.٥٩*	دال
١٠	٠.٦٨**	دال	٢٨	٠.٦٨**	دال	٤٦	٠.٥٨*	دال
١١	٠.٧١**	دال	٢٩	٠.٧١**	دال	٤٧	٠.٢٦	غير دال
١٢	٠.٥٧*	دال	٣٠	٠.٧٤ **	دال	٤٨	٠.٧١**	دال
١٣	٠.٥٨*	دال	٣١	٠.٧٠**	دال	٤٩	٠.٥٦*	دال
١٤	٠.٦٨**	دال	٣٢	٠.٥٢*	دال	٥٠	٠.٦٧**	دال
١٥	٠.٦٣**	دال	٣٣	٠.٥٦*	دال			
١٦	٠.٦٠**	دال	٣٤	٠.٧١**	دال			
١٧	٠.٧٦**	دال	٣٥	٠.٦٨**	دال			
١٨	٠.٧١**	دال	٣٦	٠.٦٥**	دال			

(**) دال عند مستوى دلالة ٠.٠١ – (*) دال عند مستوى دلالة ٠.٠٥

يتبين من الجدول (١٣) وجود ارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس مهارات التفكير الإيجابي مع درجة المقياس الكلية، وهذه الارتباطات موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى دلالة(٠.٠١/٠.٠٥) باستثناء البندين(٣٨ و٤٧) اللذين لم يكونا دالين وبالتالي حُذفا من المقياس.

أما ثبات مقياس مهارات التفكير الإيجابي فتمّ حسابه بطريقتين على النحو الآتي:

- **ثبات الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ:** حُسب معامل الاتساق الداخلي للعينة نفسها باستخدام معادلة ألفا كرونباخ. وفيما يلي يبيّن الجدول (١٤) نتائج معاملات الثبات.

الجدول(١٤) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمجالات مقياس مهارات التفكير الإيجابي ودرجته الكلية

مجالات المقياس ودرجته الكلية	**معاملات ألفا كرونباخ**
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	٠.٧٩
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	٠.٧٢
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	٠.٩١
تقبل الذات غير المشروط	٠.٨٥
المجازفات الإيجابية	٠.٧٧
القدرة على تحمل المعاناة	٠.٦٧
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٩٢

يتضح من الجدول السابق أن معامل الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للمقياس بلغ (٠.٩٢) أما لمجالات المقياس فتراوحت معاملات الثبات بين (٠.٦٧) في مجال القدرة على تحمل المعاناة إلى (٠.٩١) في مجال حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي وهي أيضاً معاملات ثبات جيدة ومقبولة لأغراض الدراسة.

- **الثبات بالإعادة:** قامت الباحثة باستخراج معامل الثبات بطريقة الإعادة لمقياس مهارات التفكير الإيجابي على العينة نفسها، وذلك بتاريخ (٢٠١٣/٢/١٧) ثم أعيد تطبيق المقياس للمرة الثانية على العينة نفسها بعد مضي أسبوعين من التطبيق الأول بتاريخ (٢٠١٣/٣/٣)، وجرى استخراج معاملات الثبات لمجالات المقياس والدرجة الكلية عن طريق حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني كما في الجدول(١٥).

الجدول (١٥) الثبات بطريقة الثبات بالإعادة لمجالات مقياس مهارات التفكير الإيجابي ودرجته الكلية.

مجالات المقياس ودرجته الكلية	معاملات الارتباط
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	٠.٨٣**
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	٠.٧٠**
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	٠.٨٧**
تقبل الذات غير المشروط	٠.٧٩**
المجازفات الإيجابية	٠.٧٧**
القدرة على تحمل المعاناة	٠.٨٤**
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٩٤**

(**) دال عند مستوى دلالة ٠.٠١

بالنظر إلى الجدول (١٥) يلاحظ أن معاملات ثبات الإعادة للدرجة الكلية بلغت (٠.٩٤)، أما معاملات ثبات الإعادة لمجالات المقياس فتراوحت بين(٠.٧٠) في مجال الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا إلى (٠.٨٧) في مجال حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي، وهذه المعاملات تعتبر جيدة أيضاً لأغراض الدراسة.

ويتضح مما سبق أن مقياس مهارات التفكير الإيجابي يتصف بدرجة جيدة ومقبولة من الصدق والثبات تجعله صالحاً للاستخدام كأداة للدراسة الحالية.

خ- إخراج مقياس مهارات التفكير الإيجابي بصورته النهائية وكيفية تصحيح درجاته:

بلغ عدد بنود مقياس مهارات التفكير الإيجابي بصورته النهائية (٤٨) بنداً، موزعة على ست مجالات على النحو الآتي:

الجدول(١٦) مقياس مهارات التفكير الإيجابي بصورته النهائية

م	مجالات المقياس	الصورة النهائية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي	
		عدد البنود	أرقام البنود
١	التوقعات الإيجابية والتفاؤل	٧	١-٧
٢	الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	٨	٨- ١٥
٣	حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	١٠	١٦-٢٥
٤	تقبل الذات غير المشروط	١٠	٢٦- ٣٥
٥	المجازفات الإيجابية	٦	٣٦-٤١
٦	القدرة على تحمل المعاناة	٧	٤٢-٤٨
	بنود المقياس	٤٨	

ويتكون كل بند من عبارتين (أ) و(ب)، حيث تشير(أ) إلى الإيجابية في التفكير، وتشير(ب) إلى السلبية في التفكير وكلاهما يصف بعض أساليب التفكير وطرقه لدى الأم في مواجهة المواقف الاجتماعية وتفسيراتها لها، حيث يطلب من الأم قراءة كل بند وعباراته بشكل جيد ثم اختيار العبارة التي تعكس طريقة تفكيرها واتجاهاتها نحو محتوى العبارة. وتحصل الأم على درجتين عندما تختار العبارة الإيجابية (أ)، ودرجة واحدة عندما تختار العبارة السلبية (ب)، وبذلك تتراوح درجات المقياس من(٤٨) درجة وهي أدنى درجات التفكير الإيجابي إلى(٩٦) درجة وهي أعلى درجات التفكير الإيجابي لدى الأم على المقياس.

٢- مقياس الضغوط النفسية:

مرّ تصميم مقياس الضغوط النفسية بعدة مراحل مخُطَّطة ومنظمة بدقة قبل أن تظهر الصورة النهائية له، وجميع تلك المراحل تؤسس لصدقه البنيوي وهي:

أ. تحديد مجالات مقياس الضغوط النفسية وعينة السلوك الممثلة بإتباع الخطوات الآتية:

تمّت مراجعة الأدبيات العلمية ذات العلاقة بعلم النفس عامة والضغوط النفسية خاصة، بالإضافة إلى مراجعة البحوث والدراسات المحلية والعربية والأجنبية المرتبطة بموضوع الدراسة مثل دراسة العضل(٢٠١٢)، ودراسة مجلي(٢٠١١)، ودراسة الشريف(٢٠١١)، ودراسة مريم (٢٠٠٦)، ودراسة كاظم (٢٠١٠)، ودراسة ملحم (٢٠٠٧)، ودراسة القدسي (٢٠٠٥)، ودراسة إليس وأبراميس

(Ellis & Abrams1994) ودراسة كوين (Cohen, 1998) ودراسة بولفرد (Boulevard, 2001) ودراسة ايستيس وآخرون (Estes, et, al,2009) ودراسة كارتر ودافيس (Davis& Carter, A., 2008) ودراسة سينغال (Singhal, N., 2010) وغيرها...

حيث اطَّلعت الباحثة على هذه الدراسات والمقاييس التي تضمنتها، وخصوصاً المقاييس التي هدفت إلى الكشف عن مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعوقين، وذلك للوقوف على ما انتهت إليه هذه الدراسات والبحوث ولمعرفة أهم المجالات التي تناولتها والجوانب التي تغطيها، كما استرشدت الباحثة بآراء التربويين المتخصصين في مجال التربية الخاصة، والقياس النفسي، وعلم النفس، في كلية التربية بجامعة دمشق لتحديد النقاط الأساسية في بناء هذا المقياس.

تمّ تحديد مجالات المقياس بخمسة مجالات وانتقاء عينة من البنود تغطي كل مجال من مجالات المقياس مع مراعاة وضوح الألفاظ والكلمات ودقتها.

ب.تحديد أهداف المقياس:

- **الهدف العام للمقياس:** الكشف عن مستوى الضغوط النفسية لدى بعض أمهات أطفال التوحد.
- **الأهداف الفرعية للمقياس:** تتمثل الأهداف الفرعية للمقياس بما يلي:

١- الكشف عن مستوى الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية لدى بعض أمهات أطفال التوحد.

٢- الكشف عن مستوى الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته لدى بعض أمهات أطفال التوحد.

٣- الكشف عن مستوى الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل لدى بعض أمهات أطفال التوحد.

٤- الكشف عن مستوى الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية لدى بعض أمهات أطفال التوحد.

٥- الكشف عن مستوى الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية لدى بعض أمهات أطفال التوحد.

ت- إخراج مقياس الضغوط النفسية في صورته الأولية: حيث تكون المقياس من النقاط الآتية:

- **مقدمة:** توضح طبيعة مقياس الضغوط النفسية والهدف منه وكيفية التعامل معه، وبعض الملاحظات الواجب التقيد بها أثناء الإجابة عليه.
- **معلومات عامة عن أمهات أطفال التوحد:** تتعلق بمعرفة اسم الأم وعمرها.

بنود المقياس وعباراته: بلغ عدد بنود مقياس الضغوط النفسية (٦٠) بنداً، تتوزع على خمسة مجالات (الجدول، ١٧) يجاب عليها ببدائل إجابة ثلاثية (نعم، أحياناً، لا)، حيث يُعطى البديل(نعم) ثلاث درجات، والبديل(أحياناً) درجتين، والبديل(لا) درجة واحدة. وبذلك تُشير الدرجة العالية على هذا المقياس إلى أن الأم تعاني من درجة عالية من الضغوط النفسية، والجدول (١٧) يبين توزع البنود على مجالات مقياس الضغوط النفسية في صورته الأولية.

جدول (١٧) مقياس الضغوط النفسية في صورته الأولية

م	مجالات مقياس الضغوط النفسية	الصورة الأولية لمقياس الضغوط النفسية	
		عدد البنود	أرقام البنود
١	الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	١٤	١-١٤
٢	الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	١٢	١٥-٢٦
٣	الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	١٢	٢٧-٣٨
٤	الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	١٤	٣٩-٥٢
٥	الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	٨	٥٣-٦٠
	بنود المقياس	٦٠	

ث- عرض مقياس الضغوط النفسية على عدد من المحكمين:

تمّ التحقق من صدق محتوى المقياس(Content validity) بعرضه على مجموعة محكّمين في الفترة الواقعة بين (٢٠١٣/١/٦ ولغاية ٢٠١٣/١/٣٠)، عددهم الإجمالي(٧) محكّمين من ذوي الاختصاص والخبرة في مجال التربية الخاصة، والقياس النفسي، وعلم النفس (الملحق رقم٣)، من أجل التحقق من مدى ارتباط بنود المقياس بالهدف العام للمقياس، وللاستفادة من آرائهم ومقترحاتهم في مدى ملائمة المقياس لما هو مطلوب قياسه ومدى وضوح بنوده وعباراته وطريقة تصحيحه،

ولإضافة مقترحاتهم وآرائهم مما يسهم في إغناء المقياس وتجويده. وقد أرفق المقياس بمقدمة تبيّن الهدف العام منه، ومن ثم قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي أوصى بها السادة المحكّمون من حيث حذف بعض بنود المقياس وإجراء تعديلات وإعادة صياغة بنود أخرى لتصبح أكثر وضوحاً وملاءمة (الجدول، ١٨). كما تمّ استبعاد البنود التي حصلت على نسبة اتفاق تقل عن (٧٠%) من الاتفاق بين المحكمين وعددها(٥) بنود.

الجدول (١٨) أمثلة لبعض البنود التي تمّ إجراء التعديلات عليها في مقياس الضغوط النفسية وفقاً لآراء السادة المحكّمين.

العبارات التي تحتاج إلى تعديل	العبارات بعد التعديل
من المستحيل أن يتمكن طفلي من الاستقلال بنفسه في المستقبل.	أعتقد أن طفلي لن يكون قادراً على العيش باستقلالية في المستقبل.
لا أستطيع تقبل نظرة الشفقة لطفلي من الآخرين.	أشعر بالضيق عندما تنظر صديقاتي إلى طفلي بشفقة.
هناك صعوبة بالغة في تأمين احتياجات طفلي المتزايدة.	أفكر دائماً في كيفية تأمين أموال لسدّ احتياجات طفلي.

ج- التجربة الاستطلاعية:

بعد الانتهاء من التحكيم قامت الباحثة بتطبيق مقياس الضغوط النفسية على عينة استطلاعية مكونة من (٨) أمهات لأطفال توحديين وهي نفس عينة الدراسة الاستطلاعية السابقة التي اختيرت لدراسة مقياس مهارات التفكير الإيجابي، حيث تمّ استدعاء هذه العينة وجمعهن في المنظمة السورية للمعوقين آمال في محافظة مدينة دمشق في الفترة الواقعة (٢٠١٣/٢/١٠)، وكان الهدف من الدراسة الاستطلاعية التأكد من مناسبة بنود مقياس الضغوط النفسية للتطبيق ووضوح العبارات بالنسبة للأمهات، حيث طُلبَ من أفراد العينة الاستطلاعية عند الإجابة على بنود المقياس أن يضعن إشارة إلى جانب كل بندٍ يجدن فيه صعوبة أو غموضاً في فهمه، وبناءً عليه تمّ تعديل عدد من البنود والعبارات التي وجد أفراد العينة الاستطلاعية صعوبة في فهمها أو في الإجابة عليها لتصبح أكثر وضوحاً وسهولة، كما هو موضح في الجدول(١٩).

الجدول (١٩) أمثلة لبعض بنود مقياس الضغوط النفسية التي تمّ إجراء التعديلات عليها بناء على إجابات العينة الاستطلاعية.

مقياس الضغوط النفسية	
العبارات قبل التعديل	**العبارات بعد التعديل**
لا يراعي معظم الناس طبيعة إعاقة طفلي	يزعجني عدم تفّهم الآخرين إعاقة طفلي.
احتياجات طفلي تزيد عن المألوف	تتطلب إعاقة طفلي أعباء مالية لا نقدر عليها

ح- إخراج مقياس الضغوط النفسية بعد التحكيم والدراسة الاستطلاعية:

حيث اشتمل مقياس الضغوط النفسية بعد التحكيم والدراسة الاستطلاعية على (٥٥) بنداً موزعة على خمسة مجالات رئيسية كما يلي:

الجدول (٢٠) توزع بنود مقياس الضغوط النفسية على مجالاته بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية

م	مجالات المقياس	مقياس الضغوط النفسية بعد العينة الاستطلاعية	
		عدد البنود	أرقام البنود
١	الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	١٣	١-١٣
٢	الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	١٠	١٤-٢٣
٣	الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	١٠	٢٤-٣٣
٤	الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	١٤	٣٤-٤٧
٥	الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	٨	٤٨-٥٥
	بنود المقياس	٥٥	

خ- دراسة صدق المقياس وثباته:

تمّ حساب صدق وثبات مقياس الضغوط النفسية بعدة أشكال، من خلال تطبيقه على عينة اختيرت من خلال المنظمة السورية للمعوقين آمال بلغ عددها الإجمالي (١٦) أماً، وهي نفس عينة الصدق والثبات السابقة، وسحبت يوم .(٢٠١٣/٢/١٧)

- **الصدق البنيوي (الصدق التكويني):**

تمّ حساب الصدق البنيوي لمقياس الضغوط النفسية من خلال القيام بالإجراءات الآتية:

- إيجاد معاملات الارتباط بين مجموع درجات كل مجال من مجالات المقياس مع المجالات الأخرى ومع الدرجة الكلية. والجدول (٢١) يوضح ذلك.

الجدول (٢١) معامل ارتباط كل مجال من مجالات مقياس الضغوط النفسية مع المجالات الأخرى ومع الدرجة الكلية.

مجالات المقياس	الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	الدرجة الكلية للمقياس
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	١	٠.٦٢**	٠.٦٨**	٠.٥٨**	٠.٦٩**	٠.٨٧**
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته		١	٠.٥٣*	٠.٥٢*	٠.٨٦**	٠.٨٠**
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل			١	٠.٧٣**	٠.٦١**	٠.٨٤**
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية				١	٠.٧٩**	٠.٨٣**
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية					١	٠.٩٠**

(**) دال عند مستوى دلالة ٠.٠١ (*) دال عند مستوى دلالة ٠.٠٥

يُلاحظ من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين مجالات مقياس الضغوط النفسية (مع بعضها البعض) وبين المجالات والدرجة الكلية للمقياس كانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) مما يشير إلى أن هذه المجالات مرتبطة مع بعضها البعض ومرتبطة أيضاً مع الدرجة الكلية، وهذا يؤكد الصدق البنيوي للمقياس.

- إيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس الضغوط النفسية مع الدرجة الكلية للمجال الذي ينتمي إليه البند والجدول(٢٢) يوضح ذلك.

الجدول(٢٢) معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس الضغوط النفسية مع الدرجة الكلية للمجال الذي ينتمي إليه البند

رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار	رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار	رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار
أعراض الضغوط الجسمية والنفسية			١٩	٠.٦٩**	دال	٣٧	٠.٤٧*	دال
١	٠.٧١**	دال	٢٠	٠.٥٢**	دال	٣٨	٠.٥٦**	دال
٢	٠.٦٦**	دال	٢١	٠.٧٢**	دال	٣٩	٠.٥٧**	دال
٣	٠.٦٢**	دال	٢٢	٠.٧٤**	دال	٤٠	٠.٦٨**	دال
٤	٠.٥٨**	دال	٢٣	٠.٧١**	دال	٤١	٠.٧٦**	دال
٥	٠.٤٩*	دال	**ضغوط الخوف من المستقبل**			٤٢	٠.٥٩**	دال
٦	٠.٦٠**	دال	٢٤	٠.٥٩**	دال	٤٣	٠.٥٧**	دال
٧	٠.٦٩**	دال	٢٥	٠.٧١**	دال	٤٤	٠.٦٤**	دال
٨	٠.٦٣**	دال	٢٦	٠.٦٣**	دال	٤٥	٠.٦٣**	دال
٩	٠.٧٢**	دال	٢٧	٠.٦٠**	دال	٤٦	٠.٦٧**	دال
١٠	٠.٤٢*	دال	٢٨	٠.٦٩**	دال	٤٧	٠.٦٩**	دال
١١	٠.٦٥**	دال	٢٩	٠.٧٨**	دال	**ضغوط الأعباء المالية**		
١٢	٠.٥٩**	دال	٣٠	٠.٦٥**	دال	٤٨	٠.٧٥ **	دال
١٣	٠.٦٨**	دال	٣١	٠.٦٨**	دال	٤٩	٠.٦٩**	دال
ضغوط رعاية الطفل التوحدي وحاجاته			٣٢	٠.٥٢**	دال	٥٠	٠.٦٣**	دال
١٤	٠.٥٥**	دال	٣٣	٠.٤٨*	دال	٥١	٠.٥٩**	دال
١٥	٠.٦٣**	دال	**الضغوط الاجتماعية**			٥٢	٠.٤٨*	دال
١٦	٠.٦٨**	دال	٣٤	٠.٦٣ **	دال	٥٣	٠.٥٩**	دال
١٧	٠.٥٠**	دال	٣٥	٠.٧٠**	دال	٥٤	٠.٥٦**	دال
١٨	٠.٥٦**		٣٦	٠.٦٧**	دال	٥٥	٠.٦٨**	دال

(**) دال عند مستوى دلالة ٠.٠١ (*) دال عند مستوى دلالة ٠.٠٥

يُلاحظ من الجدول السابق أن معاملات الارتباط بين البند والمجال الذي ينتمي إليه هذا المقياس كانت جميعها دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١/٠.٠٥) مما يشير إلى وجود تجانس داخلي للمقياس، وهذا يدل على أن المقياس على درجة جيدة من الاتساق الداخلي وأن البنود تقيس ما وضعت لقياسه.

- إيجاد معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس كاملاً، كما هو موضّح في الجدول (٢٣).

الجدول (٢٣) معاملات الارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس الضغوط النفسية والدرجة الكلية.

رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار	رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار	رقم البند	معامل ارتباط بيرسون	القرار
١	٠.٦٢**	دال	٢٠	٠.٦٨ **	دال	٣٩	٠.٦٩**	دال
٢	٠.٦٠**	دال	٢١	٠.٦١**	دال	٤٠	٠.٦٥**	دال
٣	٠.٥٥**	دال	٢٢	٠.٧٥**	دال	٤١	٠.٥٨**	دال
٤	٠.٥٩**	دال	٢٣	٠.٧٠**	دال	٤٢	٠.٥٧**	دال
٥	٠.٥٠**	دال	٢٤	٠.٥٩**	دال	٤٣	٠.٤٩*	دال
٦	٠.٧١**	دال	٢٥	٠.٥١**	دال	٤٤	٠.٧١**	دال
٧	٠.٦٣**	دال	٢٦	٠.٥٨**	دال	٤٥	٠.٥٦**	دال
٨	٠.٤٩*	دال	٢٧	٠.٥٥**	دال	٤٦	٠.٥٠**	دال
٩	٠.٥٨**	دال	٢٨	٠.٤٥*	دال	٤٧	٠.٦٣**	دال
١٠	٠.٣٩	غير دال	٢٩	٠.٦١**	دال	٤٨	٠.٦٨**	دال
١١	٠.٦١**	دال	٣٠	٠.٧٢**	دال	٤٩	٠.٧١**	دال
١٢	٠.٦٤**	دال	٣١	٠.٧٦**	دال	٥٠	٠.٦٠**	دال
١٣	٠.٦٧**	دال	٣٢	٠.٥٨**	دال	٥١	٠.٥٢**	دال
١٤	٠.٦١**	دال	٣٣	٠.٥٢**	دال	٥٢	٠.٣٧	غير دال
١٥	٠.٦٨**	دال	٣٤	٠.٥٦**	دال	٥٣	٠.٥٧**	دال
١٦	٠.٧٣**	دال	٣٥	٠.٦٩**	دال	٥٤	٠.٦٢**	دال
١٧	٠.٦١**	دال	٣٦	٠.٧٦**	دال	٥٥	٠.٦٨**	دال
١٨	٠.٥٢*	دال	٣٧	٠.٤٤*	دال			
١٩	٠.٧٦**	دال	٣٨	٠.٥٧**				

(**) دال عند مستوى دلالة ٠.٠١ – (*) دال عند مستوى دلالة ٠.٠٥.

يتبين من الجدول (٢٣) وجود ارتباط بين درجة كل بند من بنود مقياس الضغوط النفسية مع درجة المقياس الكلية، وهذه الارتباطات موجبة ودالة إحصائياً (٠.٠١/٠.٠٥) باستثناء البندين(١٠ و٥٢) اللذين لم يكونا دالين وبالتالي تمّ حذفهما من المقياس.

أما ثبات مقياس الضغوط النفسية فتمّ حسابه بطريقتين على النحو الآتي:

- **ثبات الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ:** تمّ حساب معامل الاتساق الداخلي للعينة نفسها باستخدام معادلة ألفا كرونباخ. وفيما يلي يبيّن الجدول (٢٤) نتائج معاملات الثبات.

الجدول(٢٤) معاملات ثبات ألفا كرونباخ لمجالات مقياس الضغوط النفسية ودرجته الكلية

مجالات المقياس ودرجته الكلية	معاملات ألفا كرونباخ
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	٠.٨١
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	٠.٨٧
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	٠.٨٥
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	٠.٨٩
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	٠.٧٩
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٩٤

يتضح من الجدول السابق أن معامل الاتساق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ للدرجة الكلية للمقياس بلغ (٠.٩٤) أما مجالات المقياس فتراوحت معاملات الثبات بين (٠.٧٩) في مجال الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية إلى (٠.٨٥) في مجال الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل وهي أيضاً معاملات ثبات جيدة ومقبولة لأغراض الدراسة.

- **الثبات بالإعادة:** قامت الباحثة باستخراج معامل الثبات بطريقة الإعادة لمقياس الضغوط النفسية على العينة نفسها وذلك بتاريخ (٢٠١٣/٢/١٧) ثم أعيد تطبيق المقياس للمرة الثانية على العينة نفسها بعد مضي أسبوعين من التطبيق الأول بتاريخ (٢٠١٣/٣/٣)، وجرى استخراج معاملات الثبات لمجالات المقياس والدرجة الكلية عن طريق حساب معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثاني كما في الجدول(٢٥).

الجدول (٢٥) الثبات بطريقة الثبات بالإعادة لمجالات مقياس الضغوط النفسية ودرجته الكلية.

مجالات المقياس ودرجته الكلية	معاملات الارتباط
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	٠.٧٧**
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	٠.٨٥**
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	٠.٧٨**
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	٠.٧٦**
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	٠.٧٣**
الدرجة الكلية للمقياس	٠.٨٩**

(**) دال عند مستوى دلالة ٠.٠١

بالنظر إلى الجدول (٢٥) يلاحظ أن معاملات ثبات الإعادة للدرجة الكلية بلغت (٠.٨٩) أما معاملات ثبات الإعادة لمجالات المقياس فتراوحت بين(٠.٧٣) في مجال الضغوط النفسية الناجمة

عن الضغوط الاجتماعية إلى(٠.٨٥) في مجال الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته، وهذه المعاملات تعتبر جيدة لأغراض الدراسة.

ويتضح مما سبق أن مقياس الضغوط النفسية يتصف بدرجة جيد ومقبولة من الصدق والثبات تجعله صالحاً للاستخدام كأداة للدراسة الحالية.

د- إخراج مقياس الضغوط النفسية في صورته النهائية وكيفية تصحيح درجاته:

بلغ عدد بنود مقياس الضغوط النفسية في صورته النهائية (٥٣) بنداً، موزعة على خمسة مجالات على النحو الآتي:

الجدول(٢٦) مقياس الضغوط النفسية بصورته النهائية

م	مجالات المقياس	الصورة النهائية لمقياس الضغوط النفسية	
		عدد البنود	أرقام البنود
١	الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	١٢	١-١٢
٢	الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	١٠	١٣-٢٢
٣	الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	١٠	٢٣-٣٢
٤	الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	١٤	٣٣-٤٦
٥	الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	٧	٤٧-٥٣
	بنود المقياس	٥٣	

تجيب الأم على البنود ببدائل إجابة ثلاثية (نعم/أحياناً/ لا) حيث يعطى بديل نعم (٣) درجات، وبديل أحياناً(٢) درجتين، وبديل لا (١) درجة واحدة. وبذلك تتراوح الدرجات على المقياس من(٥٣×١=٥٣) والتي تشير إلى معاناة الأم أدنى درجات الضغوط النفسية، حتى (٥٣×٣= ١٥٩) وتشير إلى معاناة الأم أعلى درجات الضغوط النفسية.

ولتحديد مستوى الضغوط النفسية التي تواجهها الأم نتيجة وجود طفل توحدي لديها. تمّ حساب طول الفئة على النحو الآتي:

- حساب المدى بطرح أكبر قيمة في المقياس من أصغر قيمة (٣-١=٢).
- حساب طول الفئة بتقسيم المدى وهو (٢) على أكبر قيمة في المقياس وهي (٣) ٢ ÷ ٣ = ٠.٦٦ (طول الفئة).

- إضافة طول الفئة وهو (٠.٦٦) إلى أصغر قيمة في المقياس وهي (١)، وذلك للحصول على الفئة الأولى، لذا كانت الفئة الأولى من (١- ١.٦٦)، ثم إضافة طول الفئة إلى الحد الأعلى من الفئة الأولى، وذلك للحصول على الفئة الثانية وهكذا للوصول إلى الفئة الأخيرة.

واستناداً إلى قاعدة التقريب الرياضي يمكن التعامل مع قيم المتوسطات الحسابية لإجابات أفراد عينة الدراسة كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول(٢٧) فئات قيم المتوسط الحسابي(الرتبي) ودرجة التقدير الموافقة لها

فئات قيم المتوسط الحسابي الرتبي	التقدير في الأداة
٢.٣٣ – ٣	مستوى مرتفع من الضغوط النفسية
١.٦٧- ٢.٣٢	مستوى متوسط من الضغوط النفسية
١ – ١.٦٦	مستوى منخفض من الضغوط النفسية

٣- البرنامج التدريبي القائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى بعض أمهات أطفال التوحد (إعداد الباحثة).

يُعدّ البرنامج التدريبي الحالي من الأدوات الرئيسة التي قامت الباحثة بإعدادها لتحقيق أهداف الدراسة الحالية المتمثلة في (تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي لدى بعض أمهات أطفال التوحد وأثر ذلك في خفض مستوى الضغوط النفسية لديهن). وانطلاقاً من أهمية التقيد بخطوات البحث العلمي لتصميم أي أداة بحثية، مر تصميم البرنامج التدريبي الحالي بعدة مراحل وخطوات منظمة ومخططة بدقة حتى وصوله إلى الصورة النهائية وجميع تلك المراحل تؤسس لصدق البرنامج وهي:

أ. صياغة الأسس النظرية التي يقوم عليها البرنامج التدريبي:

يستند البرنامج التدريبي الحالي إلى مجموعة افتراضات نظرية تم التوصل اليها من دراسات سابقة شبيهة بالدراسة الحالية، ومن نتائجها الميدانية كدراسة كاظم (٢٠١٠) ودراسة خليل (١٩٩٦)، ودراسة إبراهيم (٢٠٠٨)، ودراسة مريم (٢٠٠٦)، ودراسة القدسي (٢٠٠٥)، ، ودراسة الضعيف (٢٠٠٥)، ودراسة سليجمان (Seligman 2005) ودراسة بارك وآخرون (Park et al., 2006) وغيرها... لأن جزءاً من الافتراضات لتلك البرامج أثبت فاعليته كخلفية نظرية في توجيه الممارسات الميدانية لتنمية مهارات التفكير الإيجابي وفي خفض مستوى الضغوط النفسية المستهدفة بالقياس، وتتمثّل تلك الافتراضات النظرية بالآتي:

الفرض الأول: الإيجابية من المؤشرات الهامة على الصحة النفسية السليمة للفرد فهي تدل على مقدرته على المواجهة الفعّالة للمواقف والمشكلات التي تزخر بها الحياة، وتركيزه على إيجاد حلول

لهذه المشكلات بدلاً من التمركز حول ذاته، ومدى صلابته في التصدي للعوائق التي تحول دون بلوغ غاياته وأهدافه المشروعة. (القريطي، ١٩٩٨ ، ٦٨-٦٩) وهذا أكده بارك وآخرون ممن اهتموا بدراسة الجوانب الإيجابية في الشخصية على اعتبار أنها نسق كلي يؤثر في حياة الإنسان (Park et al., 2006). ويرى سليجمان (Seligman, 2005,PP.2) أن الجوانب الإيجابية في الشخصية السوية تعد مصدراً للسعادة الحقيقية فهذه الجوانب تساعد الفرد السوي على التفاعل الإيجابي مع الآخرين وتمكنه من أن يحدد لنفسه هدفاً، وتعينه على مواجهة الصعاب، فهي وسيلة الإنسان لشحذ قوته والصمود والمقاومة، كما أكد الباحث نفسه (Seligman, 2002) على أن تنمية الخصال الإيجابية في الشخصية أمر ضروري للإنسان فهي تعدّ حصناً وقائياً ضد الضغوط ونواتجها السلبية، كما أن لهذه الخصال الإيجابية دوراً في استثارة السعادة الحقيقية فهي من أفضل السبل للوصول إلى الهناء والسعادة النفسية، وتخطي الفشل وتحمل المصاعب وتحرر الفرد من قسوة الماضي (Seligman, 2002, pp.8). لذلك سعت الباحثة من خلال البرنامج التدريبي إلى تنمية مهارات التفكير الإيجابية لدى أمهات التوحد المتمثلة بالتوقعات الإيجابية، والضبط الانفعالي، والتقبل غير المشروط للذات، وحب التعلم والتفتح المعرفي والصحي، والمجازفات الإيجابية، والتحكم في العمليات العقلية العليا بالإضافة إلى القدرة على تحمل المعاناة، التي من شأنها أن تخفف من الآثار السلبية للضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة، وتساعدهن على تحسين صحتهن النفسية والجسدية.

<u>الفرض الثاني:</u> تفسر النظريات المعرفية والعقلانية في العلاج والإرشاد النفسي، حدوث الضغوط النفسية من خلال إدراك الفرد وتفاعله مع الأحداث، فالطريقة التي يفكر فيها الفرد ويفسر من خلالها الأحداث، وما يحمله من معتقدات هي السبب في المشاعر السلبية والمشكلات التكيفية، إذ تتكون المشكلة نتيجة لإدراكاتنا وتفاعلاتنا معاً للأحداث وطريقة تفسيرنا لها (Ellis & Abrams, 1994)،

حيث يفترض أليس وهو رائد العلاج العقلاني الانفعالي أن أنماط التفكير الخاطئة (السالبة وغير الواقعية وغير المنطقية) هي السبب في إحداث السلوك المضطرب، فالسلوك الإنساني عبارة عن مزيج من الأفكار العقلانية والأفكار غير العقلانية في وقت واحد، فالناس يتصرفون في مواقف الحياة حسب إدراكهم تلك المواقف، وبالتالي فإن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي يهدف إلى

تعديل الاعتقادات غير العقلانية وغير الواقعية وتعليم الفرد أساليب تفكير أخرى أكثر عقلانية وأكثر إيجابية عن طريق الحوار الفلسفي والطرق الإقناعية. أي أن طريقتنا في إدراك الأحداث تلعب دوراً فاعلاً في تفاعلنا معها وفي تحقيق أو عدم تحقيق تكيف نفسي أفضل (حسين وحسين،١٦٢،٢٠٠٦).

وقد كشفت بعض الدراسات (حنفي، ٢٠٠٧، ١٩٠) و(مليكة، ١٩٩٤ ، ٢٠٣) عن فاعلية أسلوب العلاج العقلاني الانفعالي في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لدى الأفراد، حيث يهدف هذا الأسلوب إلى مساعدة الفرد على التعرف على أفكاره غير العقلانية، وتشجيعه على تعديلها، واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية. لذلك سعت الباحثة من خلال البرنامج التدريبي إلى استخدام نموذج أليس في التفكير وتدريب الأمهات (المجموعة التجريبية) بكيفية تأثير الأفكار السلبية وغير العقلانية في إحداث الانفعالات والضغوط، وكيفية تعديل طريقة التفكير السلبية عن طريق إحلال الأفكار الإيجابية بدلاً من الأفكار السلبية، والتدرب على التفكير بطريقة إيجابية.

الفرض الثالث: يشير الحنفي (٢٠٠٧، ٢٤٢)، إلى أنّ الإرشاد الجماعي هو أحد طرائق الإرشاد النفسي حيث تُجرى العملية الإرشادية بين المرشد وعدد من المسترشدين الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم، وتتضمن تلك العلاقة عرض ومناقشة موضوعات وهموم المسترشدين وانفعالاتهم وخبراتهم المشتركة مما يساعدهم على التنفيس عن مشاعرهم وانفعالاتهم، وذلك بهدف تعديل أو تغيير اتجاهاتهم وأنماط سلوكهم. لذلك اعتمدت الباحثة في تنفيذ البرنامج التدريبي الحالي على أسلوب الإرشاد الجماعي باعتباره أحد طرق الإرشاد النفسي، حيث يتمّ جمع أمهات الأطفال التوحديين (المجموعة التجريبية) مع بعضهن وتدريبهن في مواقف جماعية، مما يساعدهن على تفريغ انفعالاتهن وتبادل خبراتهن وعلى تغيير أفكارهن واتجاهاتهن السلبية، وبالتالي تطوير قدراتهن على التعامل مع الضغوط النفسية الناتجة عن إعاقة أولادهن. ويعدّ الإرشاد الجماعي هو الأنسب لمثل هذه الدراسة للأسباب التالية:

- يمّكن الباحثة من استثمار الوقت بشكل فاعل.
- يفسح المجال للأمهات المشاركات للتعبير عن عواطفهن في أجواء مريحة.
- توفر الفرص للأمهات المشاركات لتبادل الأفكار والآراء عن فاعلية الطرق المختلفة لحل المشكلات الناتجة عن الإعاقة.

- تعمل الأمهات المشاركات بمثابة نماذج إيجابية.
- يتيح للأمهات المشاركات فرصاً للتفاعل مع أمهات لديهن المعاناة نفسها، مما يقود غالباً إلى تخفيف مستوى التوتر لديهن. (حمدي وداوود، ٢٠٠٥، ٨).

ب. **تحديد الهدف العام والأهداف الفرعية للبرنامج التدريبي:**

وتتمثل أهداف البرنامج التدريبي بالآتي:

الهدف العام للبرنامج: تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي لدى أمهات أطفال التوحد (المجموعة التجريبية) في مدينة دمشق لخفض مستوى الضغوط النفسية الناتجة عن إعاقة أطفالهن. **ويتفرع عن الهدف العام الأهداف الفرعية الآتية:**

١- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد (المجموعة التجريبية) بمفهوم اضطراب التوحد وخصائصه (الحسية والإدراكية والسلوكية والتواصلية والاجتماعية).
٢- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بكيفية تطوير سلوك التواصل واللعب لدى الطفل التوحدي وكيفية مواجهة مشكلاته والعمل على تأهيله.
٣- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بمفهوم ومعنى الضغوط النفسية وتأثيراتها السلبية على صحة الفرد النفسية والجسدية وكيفية مواجهتها.
٤- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بمفهوم التفكير الإيجابي وأهميته وسماته الإيجابية والسلبية، وكيفية تعديل طريقة التفكير السلبية عن طريق إحلال الأفكار الإيجابية بدلاً من الأفكار السلبية، والتدرب على التفكير بطريقة إيجابية.
٥- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بنموذج أليس في التفكير وأهميته في تفسير الضغوط النفسية.
٦- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بمفهوم التفاؤل وكيفية اكتساب مهاراته وتميزه عن جوانب التشاؤم وكيفية التحكم بالانفعالات.
٧- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بمفهوم مركزي الضبط الداخلي/ والخارجي والتفريق بينهما والتعريف بخصائص الأفراد بكلا المركزين.
٨- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بأهمية التعلم واكتساب خبرات جديدة في تعديل طريقة تفكيرهن وأهمية الانفتاح على الخبرات الجديدة في تنمية الإيجابية لديهن.
٩- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بمفهوم تقبل الذات ومصادر التقبل وكيف يكون المرء أكثر تقبلاً للذات.

١٠- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بأثر الإعاقة على مفهوم الذات لديهن.

١١- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بالمجازفة الإيجابية والمخاطرة المحسوبة والفرق بين الاندفاع والطيش.

١٢- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بمعنى القدرة على تحمل المعاناة الناتجة عن وجود طفل توحدي في الأسرة.

١٣- تنمية معرفة أمهات أطفال التوحد بالأساليب الهروبية التي تحدّ من القدرة على تحمّل المعاناة.

١٤- تشجيع أمهات أطفال التوحد على إقامة علاقات اجتماعية مع أمهات أطفال توحديين.

١٥- تنمية قدرة أمهات أطفال التوحد بمهارات الضبط الانفعالي لديهن.

ت. تعيين المجالات الخاصة التي يتصدى لها البرنامج التدريبي باتباع الخطوات الآتية:

- تحليل مضمون الدراسات السابقة (العربية والأجنبية)، ونتائجها الميدانية والتجريبية وما تتضمنه من برامج تدريبية لتنمية مهارات التفكير الإيجابي وبرامج تدريبية لخفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعوقين عامة وأطفال التوحد خاصة.
- الاطلاع على الأدبيات العلمية (العربية والأجنبية)، المتعلقة بأسر الأطفال المعوقين وخاصة التوحديين ومهارات التفكير الإيجابي وأسباب الضغوط النفسية وأعراضها وكيفية مواجهتها.
- استشارة عدد من المختصين التربويين في مجال التربية الخاصة وعلم النفس (الملحق رقم" ٣").
- التعريف الإجرائي (الواضح والمحدد) لمهارات التفكير الإيجابي المراد تنميتها وكذلك لمجالات الضغوط النفسية المراد تخفيضها(كتكوين فرضي) لدى أمهات أطفال التوحديين.
- انتقاء عينة من مهارات التفكير الإيجابي المراد تنميتها وكذلك لمجالات الضغوط النفسية المراد تخفيضها لدى أمهات أطفال التوحد.
- العمل على اختيار الفنيات والطرائق التدريبية المناسبة وتعريفها بدقة، وتوظيفها وفق إجراءات محدّدة وباستخدام وسائل تعليمية وتدريبية لتحقيق الأهداف العامة والأهداف الفرعية للبرنامج.

ث. بناء البرنامج التدريبي في صورته الأولية:

تمّ تنظيم الصورة الأولية للبرنامج التدريبي ليضم (١٤) جلسة تدريبية تهدف إلى تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي، وخفض مستوى الضغوط النفسية، وصياغته من حيث الأهداف، وإجراءات التطبيق، وفنيات التدريب وطرائقه، والوسائل التعليمية، ومحتوى كل جلسة، وتحديد المسوغات والأساس المنطقي لمحتوى البرنامج، وزمن التطبيق، والمعززات المادية والمعنوية، وتحديد الفئة المستهدفة من التدريب(بعض أمهات أطفال التوحد).

ج. عرض البرنامج التدريبي في صورته الأولى على مجموعة محكّمين:

تمّ التحقق من صدق محتوى البرنامج التدريبي بعرضه على محكّمين في الفترة الواقعة بين (٢٠١٣/٢/٢ ولغاية ٢٠١٣/٣/٥)، بلغ عددهم الإجمالي (٧) محكّمين (الملحق رقم"٣") بهدف بيان ملاحظاتهم عن مدى ملاءمة جلسات البرنامج التدريبي وعددها، وما تتضمنه من مادة علمية وعملية، وإجراءات تطبيقها من حيث المعنى واللغة، ومدى تغطيتها الأهداف المراد تحقيقها، ومدى ملاءمة إجراءات التدريب وتعاقبها، ومدى ملاءمة وسائل التدريب وطرائقه، وكفاية زمن التطبيق للهدف العام والأهداف الفرعية للبرنامج، والاستفادة من أراء المحكمين ومقترحاتهم بشأن التدريبات ومدى كفايتها في كل جلسة.

<u>وقدم المحكمون ملاحظاتهم التي بيّنوا فيها ما يلي:</u>

- ضرورة زيادة عدد الجلسات التدريبية لتصبح (٢٢) جلسة بدلاً من(١٤) جلسة من خلال إضافة بعض الأهداف وتجزئة بعضها الآخر وتنفيذها ضمن جلستين أو أكثر، وتجزئة أهداف سلوكية أخرى ضمن الجلسة الواحدة وجعلها أكثر إجرائية.
- زيادة مدة الجلسات من (٦٠) دقيقة إلى (٩٠) دقيقة، لتقليل مدة تطبيق البرنامج حتى يمكن أن يُضمن التزام الأمهات بالحضور وعدم التغيب.
- إضافة فنية الدحض والتفنيد لتوضيح بعض الأفكار السلبية والإيجابية.
- إضافة فنية التغذية الراجعة لتعزيز الأفكار المطروحة الصحيحة وتصحيح الخاطئة.
- إضافة فقرة الواجب المنزلي، كنشاط تدريبي مستمر.
- زيادة عدد الوسائل التعليمية.

ح. التجريب الاستطلاعي للبرنامج التدريبي:

بعد الأخذ بملاحظات الأساتذة المحكمين وإجراء التعديلات الملائمة للبرنامج، قامت الباحثة بالتجريب الاستطلاعي للبرنامج على عينة مكونة من(٦) أمهات من أطفال التوحد في المنظمة السورية للمعوقين آمال في الفترة الواقعة بين(٢٠١٣/٢/١٨) ولغاية (٢٠١٣/٢/٢٨)، ومن أبرز أهداف التجربة الاستطلاعية للبرنامج.

- التأكد من صحة الإجراءات التطبيقية.
- تعرف مدى ملائمة مضمون البرنامج والفنيات المستخدمة للفئة المستهدفة بالتجريب(بعض أمهات أطفال التوحد).
- تعرف الصعاب التي يمكن أن تواجه الباحثة عند تطبيق البرنامج على المجموعة التجريبية والعمل على استدراكها.
- التأكد من ملاءمة الزمن من حيث مدة الجلسة، والزمن الملائم لكل إجراءات التدريب في الجلسة وذلك لتحقيق الأهداف المرجوة منها.
- التأكد من أكثر الأوضاع ملاءمة من (الزمان والمكان) لتطبيق البرنامج.
- التغذية الراجعة للباحثة للتأكد من مهاراتها في إدارة الجلسات، وتنفيذ الإجراءات، وكذلك التدرب على تطبيق البرنامج، والتعرّف على بعض المواضيع التي قد يُثار الحوار فيها من قبل الأمهات في التجربة النهائية.

وتمّ تنفيذ بعض جلسات البرنامج التدريبي في التجربة الاستطلاعية (٦ جلسات) وذلك وفقاً للأوضاع الخاصة ببعض الأمهات في هذه الدراسة، إذ جرى شرح أهداف البرنامج وخطواته ومحتواه شرحاً مفصلاً، وقد أفادت الباحثة كثيراً من هذه التجربة الاستطلاعية وخاصة من المناقشات والحوارات التي كانت تدور بينها وبين الأمهات ضمن الجلسات، حيث حدثتهن الباحثة عن إبداء آرائهن ومقترحاتهن بصراحة ليجري تطوير وتحسين البرنامج قبل التطبيق النهائي للبرنامج، وقد أثّرت ملاحظاتهن في تحسين البرنامج من مناح متعددة.

<u>وقد قامت الباحثة في ضوء التجريب الاستطلاعي للبرنامج بما يلي:</u>

- استخدام اللغة البسيطة والسهلة التي تلائم إدراك الأمهات.
- زيادة عدد الأمثلة والتدريبات لبعض المفاهيم.
- وجوب الالتزام بالوقت المحدد تماماً لكل إجراء وتدريب.
- وضع استراحة لمدة ربع ساعة أثناء الجلسة بهدف تجديد نشاط الأمهات.

- تذكير الأمهات قبل عقد الجلسة بيوم واحد بهدف حضور الجلسة(بواسطة اتصال هاتفي).
- ضرورة الطلب من الأمهات المشاركات عدم اصطحاب أطفالهن أثناء حضور الجلسة.

خ. الصورة النهائية للبرنامج التدريبي[١] تضمّن البرنامج التدريبي(٢٢) جلسة تدريبية موزعة كما يلي:

- **الجلسة الأولى بعنوان التعارف والتعريف بالبرنامج:** وفيها يتمّ التعارف بين الباحثة وأمهات أطفال التوحد (المشاركات في البرنامج التدريبي) وتقوم الباحثة بشرح مفصل للمشاركات عن نظام البرنامج من حيث عدد الجلسات ومواعيدها، ومدة كل جلسة، والتأكيد على أهمية الالتزام بالحضور والمشاركة الفعالة وتنفيذ الواجبات المنزلية.
- **الجلسة الثانية بعنوان معنى الضغط النفسي وأثاره السلبية:** قامت الباحثة فيها بتزويد المشاركات بمعلومات عن الضغط النفسي وتوضيح الآثار الناتجة عنه في صحة الفرد النفسية والجسدية والاجتماعية.
- **الجلسة الثالثة بعنوان خصائص الطفل التوحدي:** وفيها قامت الباحثة بتزويد للمشاركات معلومات عن اضطراب التوحد من خلال عرض مجموعة من التعريفات التي توضحه وأسبابه وخصائصه من الناحية الاجتماعية وإعطاء أمثلة من الحياة اليومية عن أطفال توحديين وكيفية تأهيلهم.
- **الجلسة الرابعة بعنوان خصائص الطفل التوحدي:** وفيها قامت الباحثة بتزويد المشاركات من أمهات أطفال التوحد بمعلومات عن خصائص الطفل التوحدي التواصلية والسلوكية وتقديم أمثلة من الحياة اليومية لهذه الخصائص.
- **الجلسة الخامسة بعنوان خصائص الطفل التوحدي:** وفيها قامت الباحثة بتزويد المشاركات بمعلومات عن خصائص الطفل التوحدي الحسية والإدراكية وطريقته في اللعب.
- **الجلسة السادسة بعنوان كيفية التعامل مع بعض خصائص الأطفال التوحديين:** وفيها قامت الباحثة بتزويد المشاركات بمعلومات عن كيفية تطوير اللعب ومهارات التواصل عند الأطفال التوحديين.

---

[١]- يمكن العودة إلى المحلق رقم (٤) للاطلاع على جلسات البرنامج التدريبي ومحتوياته من مادة علمية وأنشطة تدريبية وطرائق وفنيات ووسائل تعليمية وتدريبية و تقويمية.

- **الجلسة السابعة بعنوان مفهوم الإيجابية:** وفيها قامت الباحثة بتوضيح مفهوم الإيجابية وأهمية التفكير الإيجابي، وشرح أهم الفروقات بين الشخص ذي التفكير السلبي والشخص ذي التفكير الإيجابي.
- **الجلسة الثامنة بعنوان مفهوم الإيجابية:** وفيها قامت الباحثة بتزويد المشاركات بأهم خصائص التفكير الإيجابي والسلبي وسماتهما من خلال عرض أمثلة توضح الفروق بينهما.
- **الجلسة التاسعة بعنوان نموذج أليس في الضغوط النفسية:** وفيها قامت الباحثة بتوضيح نموذج أليس في التفكير وكيفية تأثير الأفكار السلبية وغير العقلانية في إحداث الانفعالات والضغوط وكذلك تفسير الضغوطات النفسية وفق نموذج أليس في التفكير وتقديم أمثلة على ذلك.
- **الجلسة العاشرة بعنوان مفهوم التفاؤل:** وفيها قامت الباحثة بتوضيح مفهوم التفاؤل وشرحه كبعد من أبعاد التفكير الإيجابي وعلاقته بكل من الأفكارنا والمشاعر.
- **الجلسة الحادية عشرة بعنوان مفهوم التفاؤل:** وفيها قامت الباحثة بتزويد المشاركات بكل من خصائص المتفائلين وخصائص المتشائمين وكيفية اكتسابهن مهارة التفاؤل.
- **الجلسة الثانية عشرة بعنوان كيف نتحكم في انفعالاتنا:** وفيها تمّ فيها توضيح مفهوم الضبط الداخلي والخارجي مع تقديم أمثلة على كل من النمطين.
- **الجلسة الثالثة عشرة كيف نتحكم في انفعالاتنا:** فيها يتمّ شرح خصائص كل من الأشخاص ذوي مركزي الضبط الخارجي/ والداخلي وتوضيح علاقة مركز الضبط بالإيجابية.
- **الجلسة الرابعة عشرة بعنوان التعلم واكتساب خبرات جديدة:** حيث تمّ فيها توضيح معنى التعلم واكتساب معارف ومهارات جديدة في تعديل طريقة التفكير، وشرح العلاقة بين الانفتاح على الخبرات والتفكير الإيجابي.
- **الجلسة الخامسة عشرة بعنوان أهمية التعلم واكتساب خبرات جديدة:** فيها تمّ توضيح أثر التعلم والانفتاح على الخبرات في تنمية الإيجابية، وشرح مفصل لصفات الشخص المنفتح على الخبرات الجديدة.
- **الجلسة السادسة عشرة بعنوان تقبل الذات وأثره في التفكير:** وفيها تمّ توضيح معنى تقبل الذات ومصادره للمشاركات، وكيفية أن يكون المرء أكثر تقبلاً لذواته.
- **الجلسة السابعة عشرة بعنوان تقبل الذات وأثره في التفكير:** وفيها وضّحت الباحثة للمشاركات أثر الإعاقة على مفهوم الذات لدى الأمهات وكيفية اكتساب وتكوين أفكار تساعدنا على تقبل ذواتنا.

- **الجلسة الثامنة عشرة بعنوان المجازفات الإيجابية:** وفيها قامت الباحثة بشرح وتوضيح مفهوم المجازفات والمخاطرة المحسوبة للمشاركات من خلال تقديم أمثلة من أرض الواقع.
- **الجلسة التاسعة عشرة بعنوان المجازفات الإيجابية:** قامت الباحثة بشرح مفصل للمشاركات عن مهارات المخاطرة المحسوبة، والتفريق بين الاندفاع والطيش.
- **الجلسة العشرون بعنوان القدرة على تحمّل المعاناة:** وفيها تمّ توضيح معنى القدرة على تحمل المعاناة والتمييز بين تفكير الفرصة وتفكير العقبة.
- **الجلسة الحادية والعشرون بعنوان القدرة على تحمل المعاناة:** وفيها تمّ شرح الأساليب الهروبية التي تحدّ من القدرة على تحمّل المعاناة مع مناقشة أمثلة واقعية عن ذلك.
- **الجلسة الثانية والعشرون بعنوان ختام البرنامج وتقييمه:** قامت الباحثة فيها بمراجعة الواجب المنزلي السابق، ثم قدمت الشكر الجزيل للأمهات المشاركات على تفاعلهن الإيجابي والتزامهن بالحضور، ثم طبقت أدوات الدراسة (مقياس التفكير الإيجابي، ومقياس الضغوط النفسية).

<u>واستخدم في البرنامج التدريبي الفنيات والطرائق التدريبية الآتية لتحقيق أهدافه العامة والخاصة.</u>

- **المحاضرة:** وتتمثل إجراءات هذه الفنية في البرنامج بتقديم معلومات واضحة ومبسطة وبعبارات تتناسب مع أمهات الأطفال التوحديين حول طبيعة الطفل التوحدي وخصائصه، وكيفية التعامل معه، ومعلومات حول مهارات التفكير الإيجابي وأسباب الضغوط النفسية وكيفية مواجهتها والتخلص من أثارها.
- **المناقشة الجماعية:** وتتمثل إجراءات هذه الفنية في البرنامج بتعزيز التفاعل المثمر بين الباحثة والأمهات وبين الأمهات مع بعضهن البعض، والسماح لهن بالعصف الذهني وتنمية حسن الاستماع وتشجيعهن على التعبير عن الانفعالات.
- **الدحض والتفنيد:** وتتمثل إجراءات هذه الفنية في البرنامج في مساعدة الأمهات على معرفة الأفكار غير الصحيحة والخاطئة واستبعادها، واكتشاف الأفكار الصحيحة وتمثلها.
- **التعزيز الإيجابي:** وتتمثل إجراءات هذه الفنية في البرنامج بتقديم الثناء والمدح لأمهات الأطفال التوحديين على الإجابات الصحيحة والاستجابات الملائمة أثناء النقاش، وحثهن على التفكير السليم والسلوك المرغوب فيه بحيث يصبح جزءاً من حياتهن.

كما يتضمن البرنامج مجموعة من الوسائل التدريبية التالية لتحقيق الأهداف العامة والخاصة:

- السبورة وأقلام ملونة.
- أقراص الـ(CD) التي تحتوي على كتب ومراجع خاصة بالتوحد والضغوط النفسية توزع للأمهات المشاركات في بداية البرنامج التدريبي.
- بعض المعززات المادية (حلوى، مشروبات ساخنة وباردة) تقدم للأمهات المشاركات في فترة الاستراحة.
- ملخصات ورقية بجلسات البرنامج التدريبي توّزع للأمهات المشاركات في نهاية كل جلسة.
- بعض الهدايا لكل أم شاركت في البرنامج التدريبي تقدم لهن في ختام البرنامج التدريبي كشكر على اهتمامهن والتزامهن بالحضور.

كما تضمّن البرنامج التدريبي الأساليب التقيمية الآتي:

القياس القبلي: وفيه طبقت الباحثة أدوات الدراسة (مقياسي التفكير الإيجابي والضغوط النفسية) على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة قبل البدء بتنفيذ البرنامج التدريبي.

القياس المرحلي: تضمن توجيه مجموعة من الأسئلة للأمهات المشاركات(المجموعة التجريبية فقط) عن مدى الاستفادة من أنشطة الجلسات التدريبية، ومن خلال الاطلاع على الواجبات المنزلية في بداية كل جلسة وطريقة تنفيذها لتقييم مدى الاستفادة من الجلسة الماضية.

القياس البعدي: وفيه طبقت الباحثة أدوات الدراسة (مقياسي التفكير الإيجابي والضغوط النفسية) على أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج التدريبي وتطبيقه.

القياس المؤجل: وفيه طبّقت الباحثة أدوات الدراسة (مقياسي التفكير الإيجابي والضغوط النفسية) على أفراد (المجموعة التجريبية فقط) بعد مضي شهر تقريباً من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي لمعرفة مدى بقاء أثر التدرب لدى أمهات أطفال التوحد.

خامساً– خطوات تنفيذ الدراسة:

قامت الباحثة بالإجراءات التالية لتحقيق الهدف العام للدراسة الحالية:

١– استقراء التراث النظري والدراسات السابقة (العربية والأجنبية) القريبة من الدراسة الحالية والمتعلقة بموضوع مهارات التفكير الإيجابي والضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المعوقين عامة والأطفال ذوي التوحد خاصة وذلك بهدف صياغة الفروض واختيار العينة والأدوات وتحليل ومناقشة النتائج.

٢- تصميم مقياسي مهارات التفكير الإيجابي والضغوط النفسية، والتحقق من عدة أشكال لصدقهما وثباتهما، واستخدامهما كأدوات للتعرف إلى فعالية البرنامج التدريبي.

٣- تصميم جلسات البرنامج التدريبي وعرضه على مجموعة محكّمين للتحقق من وضوح أهدافه، ودقة إجراءات تطبيق جلساته التدريبية، ومناسبة أهدافه وطرائق التدريب المستخدمة فيه وزمن تطبيق كل جلسة للهدف العام للدراسة.

٤- اختيار وانتقاء عينة الدراسة التجريبية، وتقسيمها إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة) بواقع (١٢) أمّاً لكل مجموعة، وتطبيق القياس القبلي في الفترة الواقعة بـ(١٠-١١-٢٠١٣/٣/١٢)، والتحقق من تجانس المجموعتين وفقاً للعمر، ومستوى الضغوط النفسية ومهارات التفكير الايجابي في القياس القبلي.

٥- قامت الباحثة بنفسها بتطبيق جلسات البرنامج التدريبي على عينة الدراسة التجريبية (المجموعة التجريبية) بمدة (١٠) أسابيع وخلال شهرين وثلاثة أيام وذلك في الفترة الزمنية الواقعة بين (٢٠١٣/٣/١٧ حتى ٢٠١٣/٥/١٩)، بمعدل جلستين أسبوعياً، حيث طُبق البرنامج التدريبي في المنظمة السورية للمعوقين آمال.

٧- التحقق من فاعلية البرنامج التدريبي بإجراء (القياس البعدي المباشر) من خلال تطبيق أدوات الدراسة بتاريخ (١٩-٢٠١٣/٥/٢٠)، وإجراء المقارنات البعدية المباشرة بين أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) كذلك إجراء المقارنات القبلية والبعدية المباشرة لأفراد المجموعة التجريبية.

٨- التحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي بإجراء (الدراسة التتبّعية) من خلال إعادة تطبيق أدوات الدراسة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج وذلك على أفراد المجموعة التجريبية فقط بتاريخ (٢٠١٣/٦/١٩).

٩- إجراء المقارنات (القبلية، البعدية ، البعدية المؤجلة) بين أفراد المجموعتين (التجريبية والضابطة) من خلال التحليلات الإحصائية، والتوصل إلى نتائج الدراسة وعرضها.

١٠- مناقشة نتائج الدراسة الحالية في ضوء الواقع الميداني الذي أحاط بجميع مراحل تصميم وتنفيذ وتطبيق جلسات البرنامج التدريبي، وفي ضوء المقارنة مع نتائج الدراسات السابقة، والتوصل إلى مجموعة من التوصيات والمقترحات.

سادساً- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية:

لتحقيق أهداف الدراسة وللوصول إلى النتائج المتوخاة جرى استخدام الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS (Statistical Package Of Social Sciences)، **حيث تمّ استخدام المعالجات الآتية للتحقق من صلاحية أدوات الدراسة:**

- معامل الارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي.
- معامل الارتباط إلفا كرونباخ لحساب الثبات بطريقة الاتساق الداخلي.
- معامل الارتباط بيرسون لحساب الثبات بطريقة الإعادة.

كما تمّ استخدام المعالجات التالية للوصول إلى النتائج:

- الإحصاء الوصفي من أجل حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل من أمهات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية.
- مقياس مان-ويتني الرتبي (Ranks Mann-Whitney Test) لتقدير دلالة الفروق للعينات الصغيرة المستقلة (المجموعتين الضابطة والتجريبية).
- مقياس ويلكوكسون (Wilcoxon Test) لتقدير دلالة الفروق للعينات الصغيرة المرتبطة.
- حساب حجم الأثر عن طريق مربع إيتا.
- البرنامج (Excel) لتوضيح نتائج الدراسة عن طريق الرسوم البيانية.

ويأتي استخدام الباحثة طرائق المعالجة الإحصائية اللامعلمية أو اللابرامترية المتضمنة في برنامج (spss) انطلاقاً من طبيعة البيانات التي تمّ جمعها ومستوى القياس المرتبط بها، فالمجموعتان (التجريبية والضابطة) من نوع (العينات المقصودة) وتوزع هاتين العينتين في المجتمع الأصلي هو توزع حر (غير طبيعي) وفق منحى غاوس وبالتالي فإن عينات من هذا النوع لا تُمثِّل جميع أفراد وخصائص المجتمع الأصلي الذي سحبت منه (علام،١٩٩٣،٣٢-٣٦)، وبالتالي فأن نتائج التحليلات الإحصائية هي نتائج لا معلميه وتخص أفراد المجموعتين(التجريبية والضابطة)

فقط، بهدف تحديد مدى التغيّر الذي طرأ على كلا المجموعتين سواء كان مصدر هذا التغير هو البرنامج التدريبي أو غيره.

الفصل الخامس

عرض نتائج الدراسة وتفسيرها

أولاً- نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها.

١-١-نتائج الفرضية الأولى.

١-٢-نتائج الفرضية الثانية.

١-٣-نتائج الفرضية الثالثة.

١-٤-نتائج الفرضية الرابعة.

١-٥-نتائج الفرضية الخامسة.

١-٦-نتائج الفرضية السادسة.

ثانياً- نتائج التقييم النهائي للبرنامج:

ثالثاً- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة و تفسيرها.

رابعاً- توصيات الدراسة.

خامساً- بحوث مقترحة.

يتناول الفصل الخامس من الدراسة المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة ثم مناقشتها وتفسيرها في ضوء الواقع الميداني لها وفي ضوء نتائج الدراسات السابقة، كما يتضمن هذا الفصل تقديم مجموعة من التوصيات، والبحوث المُقترحة التي يمكن أن تُغني البحث في مجال المتغيرات المدروسة في الدراسة الحالية (مهارات التفكير الإيجابي والضغوط النفسية) لدى أمهات الأطفال التوحديين.

أولاً – نتائج فرضيات الدراسة:

١-١- نتائج الفرضية الصفرية الأولى:

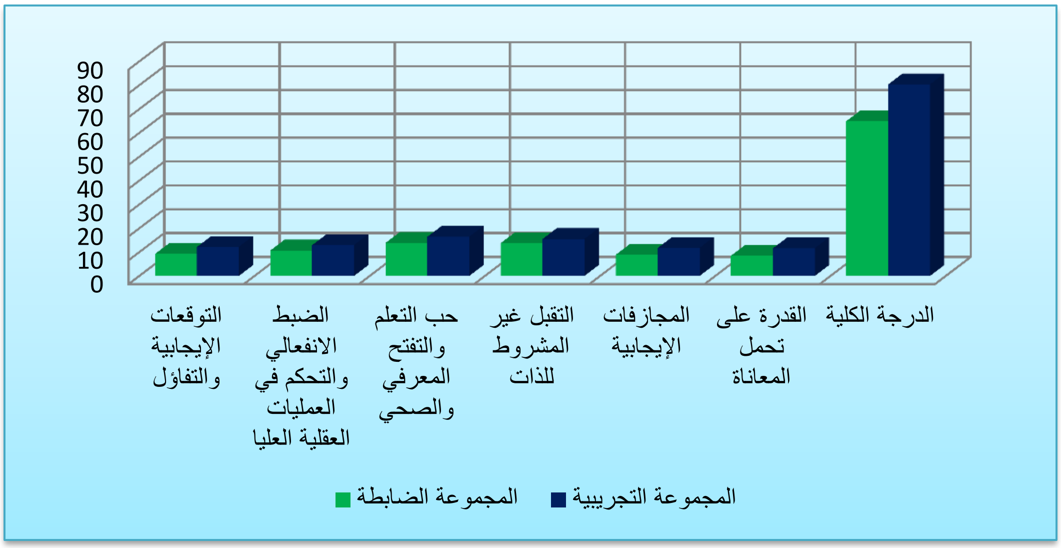
تنصّ هذه الفرضية على ما يلي: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية بعد تطبيق البرنامج التدريبي**".

لاختبار صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومدى القيم لأمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية، والجدول الآتي يوضح ما تمّ التوصل إليه من نتائج.

الجدول (٢٨) متوسطات درجات أمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في التطبيق البعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية

مجالات مقياس التفكير الإيجابي ودرجته الكلية	نوع القياس	المجموعة الضابطة				المجموعة التجريبية			
		المتوسط الحسابي	انحراف معياري	أدنى قيمة	أعلى قيمة	المتوسط الحسابي	انحراف معياري	أدنى قيمة	أعلى قيمة
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	بعدي	٩.٢٥	٠.٨٦٦	٨	١٠	١٢.١٦	٠.٧١٧	١١	١٣
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	بعدي	١٠.٦٦	٠.٧٧٨	١٠	١٢	١٢.٩١	٠.٧٩٢	١٢	١٤
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	بعدي	١٣.٨٣	٠.٥٧٧	١٣	١٥	١٦.٤١	١.٠٨٣	١٥	١٨
تقبل الذات غير المشروط	بعدي	١٣.٧٥	١.١٣٨	١١	١٥	١٥.٥٠	١.٢٤٣	١٣	١٨
المجازفات الإيجابية	بعدي	٨.٩١	٠.٧٩٢	٧	١٠	١١.٧٥	٠.٤٥٢	١١	١٢
القدرة على تحمل المعاناة	بعدي	٨.٥٠	٢.٤٦٧	٧	١٠	١١.٥٨	٠.٥١٤	١١	١٢
الدرجة الكلية	بعدي	٦٤.٩١	٢.٥٠٣	٥٩	٦٨	٨٠.٣٣	٢.٤٩٨	٧٥	٨٣

يُلاحظ من خلال تحليل مضمون الجدول السابق تفوق واضح لأمهات المجموعة التجريبية على أمهات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على الدرجة الكلية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية، ولعل ذلك يعود بشكل أساسي إلى خضوع أمهات المجموعة التجريبية للبرنامج التدريبي القائم على تنمية هذه المهارات، والشكل البياني الآتي يبين الفروق بين متوسطات درجات أمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية.



الشكل (٢) متوسطات درجات أمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في التطبيق البعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية

من خلال مراجعة الجدول (٢٨)، وبالنظر إلى الشكل (٢) يتبين أنَّ هناك فروقاً ظاهرية بين متوسطي درجات أمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية تم استخدام اختبار مان وتني (Man-Whitney Test) للعينات المستقلة صغيرة الحجم، والجدول الآتي يوضح نتائج اختبار مان–ويتني للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب أمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية.

الجدول (٢٩) نتائج اختبار مان–ويتني للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية

المقياس	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		U	Z	القيمة الاحتمالية	القرار
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	٦.٥٠	٧٨.٠٠	١٨.٥٠	٢٢٢.٠٠	٠.٠٠٠	٤.٢٤٠	٠.٠٠٠	دال
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	٦.٨٣	٨٢.٠٠	١٨.١٧	٢١٨.٠٠	٤.٠٠٠	٤.٠١٨	٠.٠٠٠	دال
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	٦.٦٣	٧٩.٥٠	١٨.٣٨	٢٢٠.٥٠	١.٥٠٠	٤.١٧٤	٠.٠٠٠	دال
تقبل الذات غير المشروط	٨.٠٤	٩٦.٥٠	١٦.٩٦	٢٠٣.٥٠	١٨.٥٠٠	٣.١٩٨	٠.٠٠١	دال
المجازفات الإيجابية	٦.٥٠	٧٨.٠٠	١٨.٥٠	٢٢٢.٠٠	٠.٠٠٠	٤.٣٦٠	٠.٠٠٠	دال
القدرة على تحمل المعاناة	6.50	78.00	18.50	222.00	٠.٠٠٠	٤.٢٥٧	٠.٠٠٠	دال
الدرجة الكلية	6.50	78.00	18.50	222.00	٠.٠٠٠	٤.١٧٥	٠.٠٠٠	دال

يُلاحظ من الجدول (٢٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، بين متوسطات رتب المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية لصالح أمهات المجموعة التجريبية.

حيث تراوحت جميع القيم الاحتمالية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية بين (٠.٠٠٠ إلى ٠.٠٠١) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (٠.٠٥)، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة.

وبالنظر إلى متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة الواردة في الجدول (٢٩) يتضح أنَّ هذه الفروق كانت لصالح أمهات المجموعة التجريبية، حيث يلاحظ أن جميع متوسطات رتب المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية أعلى من متوسطات رتب المجموعة الضابطة.

وهذا يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل بالفرضية البديلة لها التي تنص على وجود: " **فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لمقياس مهارات التفكير**

الإيجـابي ومجالاتـه الفرعيـة بعـد تطبيـق البرنـامج التـدريبي لصـالح أمهـات المجموعـة التجريبية.

١-٢- نتائج الفرضية الصفرية الثانية:

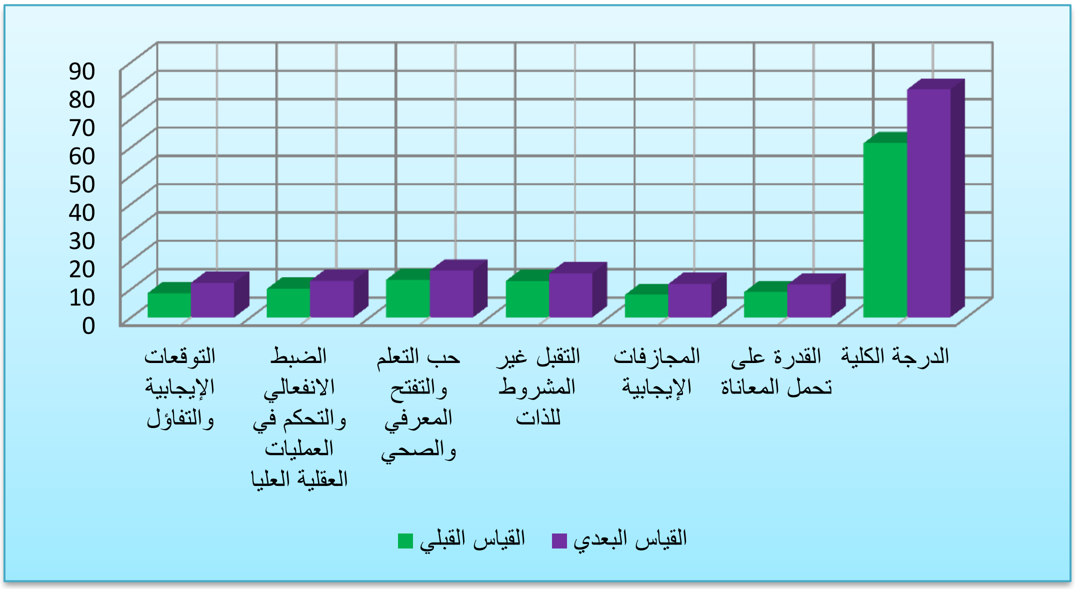
تنص هذه الفرضية على ما يلي: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية في القياسين القبلي والبعدي**".

لاختبار صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، ومدى القيم لأمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية والجدول الآتي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

الجدول (٣٠) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي

مجالات المقياس ودرجته الكلية	نوع القياس	المجموعة التجريبية			
		المتوسط	الانحراف المعياري	أدنى قيمة	أعلى قيمة
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	قبلي	٨.٥٠	٠.٩٠	٧	١٠
	بعدي	١٢.١٦	٠.٧١	١١	١٣
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	قبلي	١٠.٠٨	٠.٩٩	٩	١٢
	بعدي	١٢.٩١	٠.٧٩	١٢	١٤
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	قبلي	١٣.٢٥	١.٢٨	١٢	١٥
	بعدي	١٦.٤١	١.٠٨	١٥	١٨
تقبل الذات غير المشروط	قبلي	١٢.٧٥	١.٤٨	١١	١٥
	بعدي	١٥.٥٠	١.٢٤	١٣	١٨
المجازفات الإيجابية	قبلي	٧.٩١٦	٠.٩٩	٦	٩
	بعدي	١١.٧٥	٠.٤٥	١١	١٢
القدرة على تحمل المعاناة	قبلي	٨.٩١	٠.٩٩	٧	١٠
	بعدي	١١.٥٨	٠.٥١	١١	١٢
الدرجة الكلية	قبلي	٦١.٤١	٣.٩١	٥٦	٦٨
	بعدي	٨٠.٣٣	٢.٤٩	٧٥	٨٣

يُلاحظ من خلال تحليل مضمون الجدول السابق تحسن واضح لدى أمهات المجموعة التجريبية في القياس البعدي على الدرجة الكلية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية والشكل (٣) يبين المخطط البياني للفروق بين متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية.



الشكل (٣) الفروق البيانية في متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية

من خلال مراجعة الجدول (٣٠) وبالنظر إلى الشكل (٣) يتبين أنَّ هناك فروقاً ظاهرية بين متوسط درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية، والجدول الآتي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

الجدول (٣١) نتائج اختبار ويلكوكسون للتعرف إلى دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية

المقياس ومجالاته	n	القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	القرار	حجم الأثر	دلالة حجم الأثر*
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	١٢	الرتبة السالبة =٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.١٢٦	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٧٠	مرتفع
		الرتبة الموجبة =١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠					
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	١٢	الرتبة السالبة =٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.١٠٠	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦٦	مرتفع
		الرتبة الموجبة =١٢	6.50	78.00					
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	١٢	الرتبة السالبة =٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.١٠٨	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦٧	مرتفع
		الرتبة الموجبة =١٢	6.50	78.00					
تقبل الذات غير المشروط	١٢	الرتبة السالبة =٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.١٣٠	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٧١	مرتفع
		الرتبة الموجبة =١٢	6.50	78.00					
المجازفات الإيجابية	١٢	الرتبة السالبة =٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.٠٨٤	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦٧	مرتفع
		الرتبة الموجبة =١٢	6.50	78.00					
القدرة على تحمل المعاناة	١٢	الرتبة السالبة =٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.١١٥	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦٩	مرتفع
		الرتبة الموجبة =١٢	6.50	78.00					
الدرجة الكلية	١٢	الرتبة السالبة =٠	٠.٠٠	٠.٠٠	٣.٠٦٨	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦١	مرتفع
		الرتبة الموجبة =١٢	6.50	78.00					

*مستويات كوهين لحجم الأثر= ٠.٠١ ضعيف، ٠.٠٦ متوسط، ٠.١٤ مرتفع.

تشير نتائج اختبار ويلكوكسون الواردة في الجدول السابق (٣١) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α (≤ 0.05)، بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية.

إذ بلغت جميع القيم الاحتمالية (مستوى الدلالة) لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية بـ(٠.٠٠٢) وجميع هذه القيم أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (٠.٠٥). وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية. وهذه الفروق باتجاه القياس ذي المتوسط الحسابي الأعلى كما يبين الجدول (٣٠)، فالمتوسطات الحسابية للمجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية في القياس البعدي أعلى منها في القياس القبلي.

وهـذا يجعلنـا نـرفض الفرضـية الصـفرية ونقبـل الفرضـية البديلـة التـي تـنصّ علـى وجـود: " **فـروق ذات دلالـة إحصـائية بـين متوسـطات رتـب درجـات المجموعـة التجريبيـة علـى مقيـاس مهـارات التفكيـر الإيجـابي ومجالاتــه الفرعيــة قبـل تطبيـق البرنــامج التــدريبي وبعـده لصــالح التطبيق البعدي** ".

وللتعرف على حجم الأثر الذي أحدثه البرنامج التدريبي في تنمية مهارات التفكير الإيجابي لدى أفراد المجموعة التجريبية، قامت الباحثة بحساب مربع إيتا [١]، لدرجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية، حيث تراوحت قيم حجم الأثر على الدرجة الكلية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية من(٠.٤٦١ حتى٠.٤٧١) وهي تشير إلى أثر مرتفع وكبير للبرنامج التدريبي في تنمية مهارت التفكير الإيجابي لدى أمهات المجموعة التجريبية، فجميع هذه القيم أكبر من المستوى المرتفع الذي حدده كوهين بـ(٠.١٤).

١-٣- نتائج الفرضية الصفرية الثالثة:

تنصّ هذه الفرضية على مايلي : "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل**".

لاختبـار صـحة هـذه الفرضـية قامـت الباحثـة بحسـاب المتوسـطات الحسـابية، والانحرافـات المعياريـة، ومـدى القـيم لأمهـات المجموعـة التجريبيـة فـي القياسـين البعـدي والمؤجـل علــى مقيـاس مهـارات التفكيـر الإيجـابي ومجالاتـه الفرعيـة والجـدول الآتـي يوضـح مـا تـم التوصـل إليـه من نتائج.

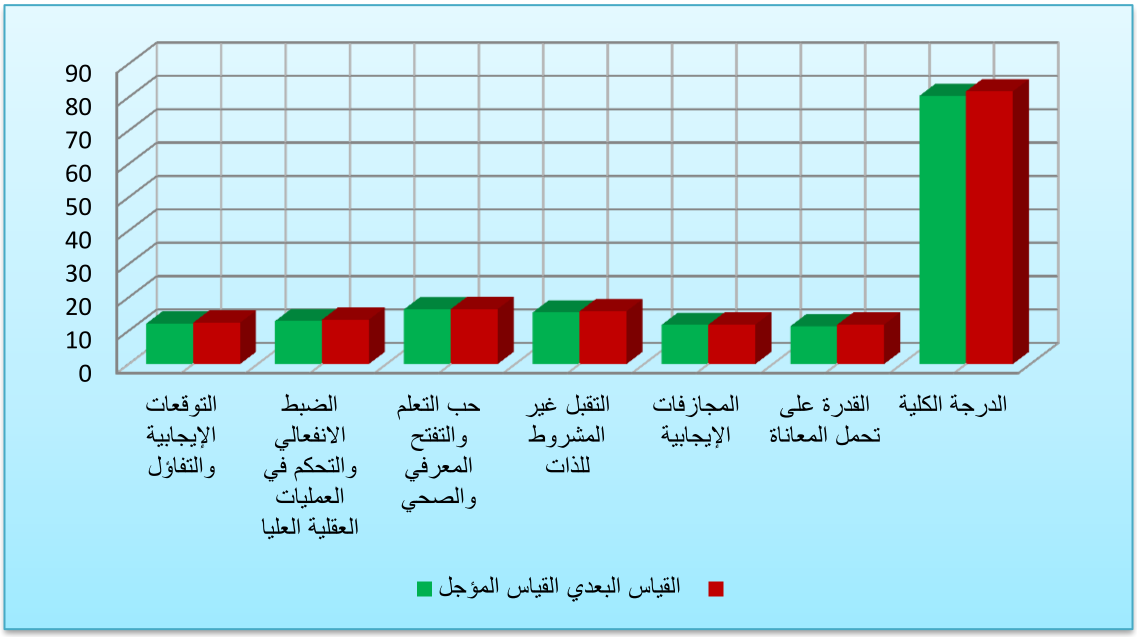
---

[١] - **تم استخدام قانون مربع إيتا لعينتين مترابطتين =** $\frac{Z^2}{1-n+Z^2}$ (أبو علام، ٢٠٠٦، ص ٨٢-٨٣).

الجدول (٣٢) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل

المقياس ومجالاته	نوع القياس	المجموعة التجريبية			
		المتوسط	الانحراف المعياري	أدنى قيمة	أعلى قيمة
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	بعدي	١٢.١٦	٠.٧١	١١	١٣
	مؤجل	١٢.٤١	٠.٩٠	١١	١٤
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	بعدي	١٢.٩١	٠.٩١	١٢	١٤
	مؤجل	١٣.٣٣	١.٢٣	١١	١٥
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	بعدي	١٦.٤١	١.٠٨	١٥	١٨
	مؤجل	١٦.٥٠	١.٣٨	١٤	١٨
تقبل الذات غير المشروط	بعدي	١٥.٥٠	١.٢٤	١٣	١٨
	مؤجل	١٥.٨٣	١.٠٢	١٥	١٨
المجازفات الإيجابية	بعدي	١١.٧٥	٠.٤٥	١١	١٢
	مؤجل	١١.٨٣	١.١١	١٠	١٤
القدرة على تحمل المعاناة	بعدي	١١.٣٥	٠.٥١	١١	١٢
	مؤجل	١١.٨٣	٠.٨٣	١٠	١٣
الدرجة الكلية	بعدي	٨٠.٣٣	٢.٤٩	٧٥	٨٣
	مؤجل	٨١.٧٥	٢.٧٠	٧٧	٨٦

يُلاحظ من خلال الجدول السابق تقارب كبير بين متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على الدرجة الكلية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية والشكل (٤) يبين المخطط البياني للفروق البسيطة بين متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية.



الشكل (٤) الفروق البيانية بين متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية

من خلال مراجعة الجدول (٣٢)، وبالنظر إلى الشكل (٤) يتبين أنَّ وجود فروق ظاهرية طفيفة بين متوسط درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية، والجدول الآتي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

الجدول (٣٣) نتائج اختبار ويلكوكسون للتعرف إلى دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية

المقياس ومجالاته	العدد	القياس البعدي والمؤجل للمجموعة التجريبية	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	القرار
التوقعات الإيجابية والتفاؤل	١٢	الرتبة السالبة =٢	٤.٠٠	٨.٠٠	١.١٣٤	٠.٢٥٧	غير دال
		الرتبة الموجبة =٥	٤.٠٠	٢٠.٠٠			
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	١٢	الرتبة السالبة =٣	٤.٠٠	١٢.٠٠	١.٣١١	٠.١٩٠	غير دال
		الرتبة الموجبة =٦	٥.٠٠	٣٣.٠٠			
حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي	١٢	الرتبة السالبة =٣	٤.٠٠	١٢.٠٠	٠.٣٧٨	٠.٧٠٥	غير دال
		الرتبة الموجبة =٤	٤.٠٠	١٦.٠٠			
تقبل الذات غير	١٢	الرتبة السالبة =١	١.٠٠	١.٠٠	٠.٤٤٧	٠.٦٥٥	غير

المشروط		الرتبة الموجبة =١	٢.٠٠	٢.٠٠			دال
المجازفات الإيجابية	١٢	الرتبة السالبة =٢	٢.٠٠	٤.٠٠	٠.٣٧٨	٠.٧٠٥	غير دال
		الرتبة الموجبة =٢	٣.٠٠	٦.٠٠			
القدرة على تحمل المعاناة	١٢	الرتبة السالبة =١	٤.٥٠	٤.٥٠	٠.٨٢٨	٠.٤٠٨	غير دال
		الرتبة الموجبة =٤	٢.٦٣	١٠.٥٠			
الدرجة الكلية	١٢	الرتبة السالبة =٣	٣.٠٠	٩.٠٠	١.٩١٢	٠.٠٦١	غير دال
		الرتبة الموجبة =٧	٦.٥٧	٤٦.٠٠			

تشير نتائج اختبار ويلكوكسون الواردة في الجدول السابق (٣٣) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α (≤ 0.05)، بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية.

إذ تراوحت القيم الاحتمالية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية ما بين (٠.٠٦١ إلى ٠.٧٠٥)، وجميع هذه القيم أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي لها(0.05).

وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية.

وهذا يجعلنا نقبل الفرضية الصفرية التي تنصّ على عدم وجود: " **فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل** ".

١-٤-نتائج الفرضية الصفرية الرابعة:

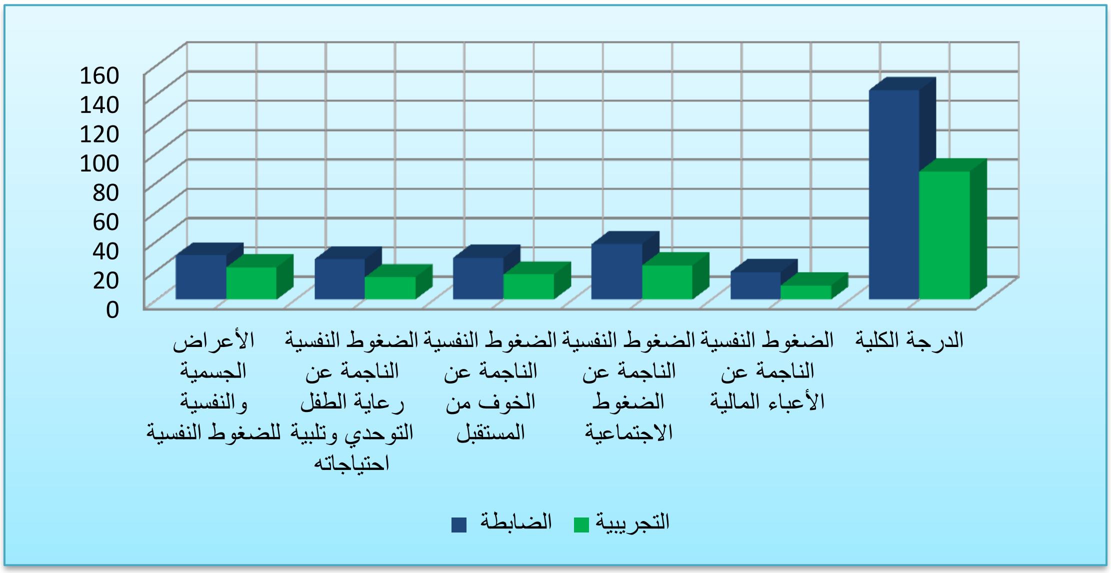
تنص هذه الفرضية على ما يلي: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية بعد تطبيق البرنامج التدريبي**".

لاختبار صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية، والمتوسطات الرتبية ومستوى الضغوط النفسية لأمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية، والجدول الآتي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

الجدول (٣٤) الفروق بين المتوسطات الحسابية والرتبية ومستويات الضغوط النفسية لأمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية

مجالات المقياس ودرجته الكلية	عدد بنود كل مجال	القياس البعدي							
		المجموعة الضابطة				المجموعة التجريبية			
		المتوسط الحسابي	انحراف معياري	المتوسط الرتبي	مستوى الضغوط النفسية	المتوسط الحسابي	انحراف معياري	المتوسط الرتبي	مستوى الضغوط النفسية
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	١٢	٣٠.١٦	٢.٥٨	٢.٥١	مرتفع	٢٢.٠٨	٢.٥٠	١.٨٤	متوسط
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	١٠	٢٧.٥٠	٥.٠٥	٢.٧٥	مرتفع	١٥.٢٥	٠.٩٦	١.٥٢	منخفض
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	١٠	٢٨.٥٠	٧.٦٦	٢.٨٥	مرتفع	١٧.١٦	١.٥٨	١.٧١	متوسط
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	١٤	٣٧.٩١	٤.٤٤	٢.٧٠	مرتفع	٢٣.٣٣	١.٩٢	١.٦٧	متوسط
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	٧	١٨.٨٣	١.١٩	٢.٦٩	مرتفع	٩.٦٦	١.٢٣	١.٣٨	منخفض
الدرجة الكلية	٥٣	١٤٢.٩	١٠.٥٥	٢.٦٩	مرتفع	٨٧.٥٠	٤.٨١	١.٦٥	منخفض

يُلاحظ من الجدول السابق أن المتوسطات الحسابية لدرجات أمهات المجموعة الضابطة في القياس البعدي أعلى بشكل واضح من المتوسطات الحسابية لدرجات أمهات المجموعة التجريبية، كما يلاحظ أن مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة الضابطة بقي مرتفعاً في القياس البعدي، بينما انخفض بشكل واضح لدى أمهات المجموعة التجريبية وذلك يعود بشكل أساسي للبرنامج التدريبي الذي طبق على أمهات المجموعة التجريبية. والشكل البياني الآتي يُبيّن الفروق بين متوسطات درجات أمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية.



الشكل (٥) متوسط درجات أمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في التطبيق البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية

من خلال مراجعة الجدول (٣٤)، وبالنظر إلى الشكل (٥) يتبين أنَّ هناك فروق ظاهرية بين متوسطي درجات أمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية تم استخدام اختبار مان وتني (Man-Whitney Test) للعينات المستقلة صغيرة الحجم، والجدول الآتي يوضح نتائج اختبار مان–ويتني للتعرف إلى دلالة الفروق بين متوسطي رتب أمهات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية.

الجدول (٣٥) نتائج اختبار مان–ويتني للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطي رتب المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية

المقياس	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		U	Z	القيمة الاحتمالية	مستوى الدلالة
	متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب				
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	١٨.٥٠	٢٢٢.٠	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٠.٠٠	٤.١٧	٠.٠٠٠	دال
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	١٨.٥٠	٢٢٢.٠	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٠.٠٠	٤.١٨	٠.٠٠٠	دال
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	١٨.٥٠	٢٢٢.٠	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٠.٠٠	٤.١٧	٠.٠٠٠	دال
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	١٨.٥٠	٢٢٢.٠	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٠.٠٠	٤.١٧	٠.٠٠٠	دال

الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	١٨.٥٠	٢٢٢.٠	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٠.٠٠	٤.٢١	٠.٠٠٠	دال
الدرجة الكلية	١٨.٥٠	٢٢٢.٠	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٠.٠٠	٤.١٦	٠.٠٠٠	دال

يُلاحظ من الجدول (٣٥)، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (٠.٠٥)، بين متوسطات رتب المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية لصالح أمهات المجموعة التجريبية.

حيث بلغت جميع القيم الاحتمالية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية بـ(٠.٠٠٠) وهي أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (٠.٠٥)، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة.

وبالنظر إلى متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة الواردة في الجدول (٣٥) يتضح أنَّ هذه الفروق جاءت لصالح أمهات المجموعة التجريبية، حيث يلاحظ أن جميع متوسطات رتب المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية أقل من متوسطات رتب المجموعة الضابطة، وهذا يدل على انخفاض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية في القياس البعدي.

وهذا يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل بالفرضية البديلة لها التي تنص على وجود: " **فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح المجموعة التجريبية.**

١-٥-نتائج الفرضية الصفرية الخامسة:

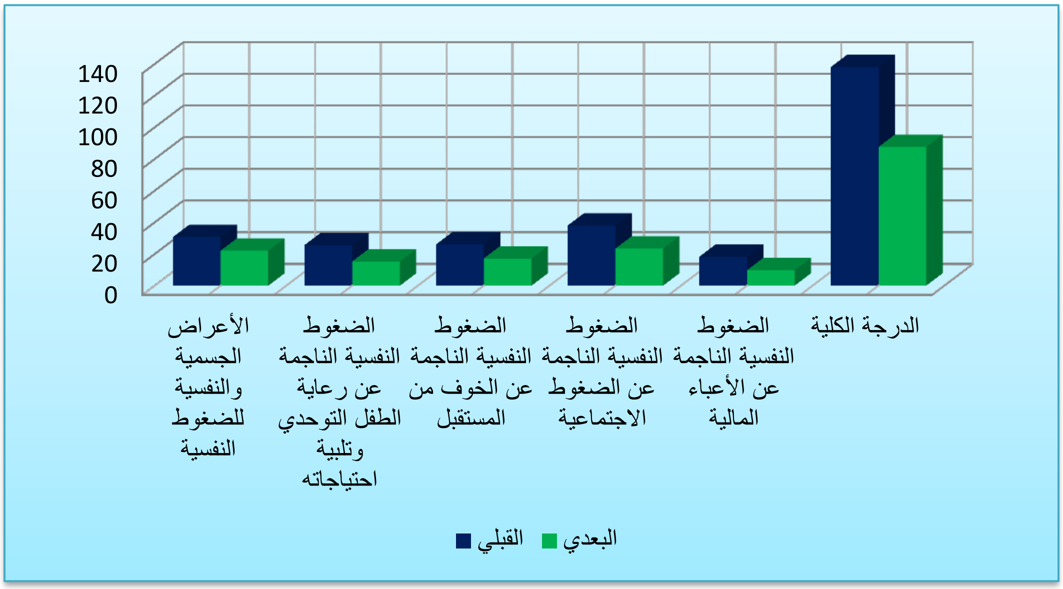
تنص هذه الفرضية على ما يلي: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية في القياسين القبلي والبعدي**".

لاختبار صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والرتبية والانحرافات المعيارية، ومستوى الضغوط النفسية لأمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية والجدول الآتي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

الجدول (٣٦) متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي

مجالات المقياس ودرجته الكلية	عدد بنود المقياس	نوع القياس	المجموعة التجريبية			
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسطات الرتبية	مستوى الضغوط النفسية
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	١٢	قبلي	٣٠.٥٨	١.٩٢	٢.٥٤	مرتفع
		بعدي	٢٢.٠٨	٢.٥٠	١.٨٤	متوسط
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	١٠	قبلي	٢٥.٥٠	١.٧٨	٢.٥٥	مرتفع
		بعدي	١٥.٢٥	٠.٩٦	١.٥٢	منخفض
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	١٠	قبلي	٢٥.٩١	٢.٢٣	٢.٥٩	مرتفع
		بعدي	١٧.١٦	١.٥٨	١.٧١	متوسط
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	١٤	قبلي	٣٧.٨٣	٢.٤٤	٢.٧٠	مرتفع
		بعدي	٢٣.٣٣	١.٩٢	١.٦٧	متوسط
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	٧	قبلي	١٨.٠٨	٠.٧٩	٢.٥٨	مرتفع
		بعدي	٩.٦٦٦	١.٢٣	١.٣٨	منخفض
الدرجة الكلية	٥٣	قبلي	١٣٧.٩١	٦.١٢	٢.٦٠	مرتفع
		بعدي	٨٧.٥٠	٤.٨١	١.٦٥	منخفض

يُلاحظ من الجدول السابق تغير واضح في مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية في القياس البعدي، حيث انخفضت مستويات الضغوط النفسية لدى أمهات (المجموعة التجريبية) على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية من مستويات مرتفعة من الضغوط النفسية إلى مستويات متوسطة ومنخفضة، وترجع الباحثة هذا الأمر بشكل أساسي إلى البرنامج التدريبي، والشكل (٦) يبين المخطط البياني لمتوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية.



الشكل (٦) متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية

من خلال مراجعة الجدول (٣٦) وبالنظر إلى الشكل (٦) يتبين أنَّ هناك فروقاً ظاهرية بين متوسط درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية، والجدول الآتي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

الجدول (٣٧) نتائج اختبار ويلكوكسون للتعرف على دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية

المقياس ومجالاته	القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة	القرار	حجم الأثر	دلالة حجم الأثر*
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	الرتبة السالبة =١٢	١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٣.٠٧٥	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦٢	مرتفع
	الرتبة الموجبة =٠		٠.٠٠	٠.٠٠					
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	الرتبة السالبة =١٢	١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٣.٠٧٧	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦٢	مرتفع
	الرتبة الموجبة =٠		٠.٠٠	٠.٠٠					
الضغوط النفسية	الرتبة السالبة =١٢	١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٣.٠٦٨	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦١	مرتفع

الناجمة عن الخوف من المستقبل	الرتبة الموجبة =٠		٠.٠٠	٠.٠٠					
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	الرتبة السالبة =١٢	١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٣.٠٨١	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦٣	مرتفع
	الرتبة الموجبة =٠		٠.٠٠	٠.٠٠					
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	الرتبة السالبة =١٢	١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٣.٠٨٤	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦٣	مرتفع
	الرتبة الموجبة =٠		٠.٠٠	٠.٠٠					
الدرجة الكلية	الرتبة السالبة =١٢	١٢	٦.٥٠	٧٨.٠٠	٣.٠٦٦	٠.٠٠٢	دال	٠.٤٦٠	مرتفع
	الرتبة الموجبة =٠		٠.٠٠	٠.٠٠					

*مستويات كوهين لحجم الأثر= ٠.٠١ ضعيف، ٠.٠٦ متوسط، ٠.١٤ مرتفع.

تشير نتائج اختبار ويلكوكسون الواردة في الجدول السابق(٣٧) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α (≤ 0.05)، بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية. إذ بلغت القيم الاحتمالية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية بـ (٠.٠٠٢)، وجميع هذه القيم أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي لها(٠.٠٥). وهذا يشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية. وهذه الفروق باتجاه القياس ذي المتوسط الحسابي الأدنى كما يبين الجدول (٣٦)، فالمتوسطات الحسابية للمجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية في القياس البعدي أدنى منها في القياس القبلي. وهذا يجعلنا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة لها التي تنص على وجود:" **فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية قبل تطبيق البرنامج التدريبي وبعده لصالح التطبيق البعدي** ".

وللتعرف إلى حجم الأثر الذي أحدثه البرنامج التدريبي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية، قامت الباحثة بحساب مربع إيتا لدرجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية، حيث تراوحت قيم حجم الأثر على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية من(٠.٤٦٠ حتى ٠.٤٦٣) وهي تشير إلى أثر مرتفع وكبير للبرنامج التدريبي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية. فجميع هذه القيم أكبر من المستوى المرتفع الذي حدده كوهين بـ(٠.١٤).

١-٦- نتائج الفرضية الصفرية السادسة:

تنصّ هذه الفرضية على ما يلي: "**لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل**".

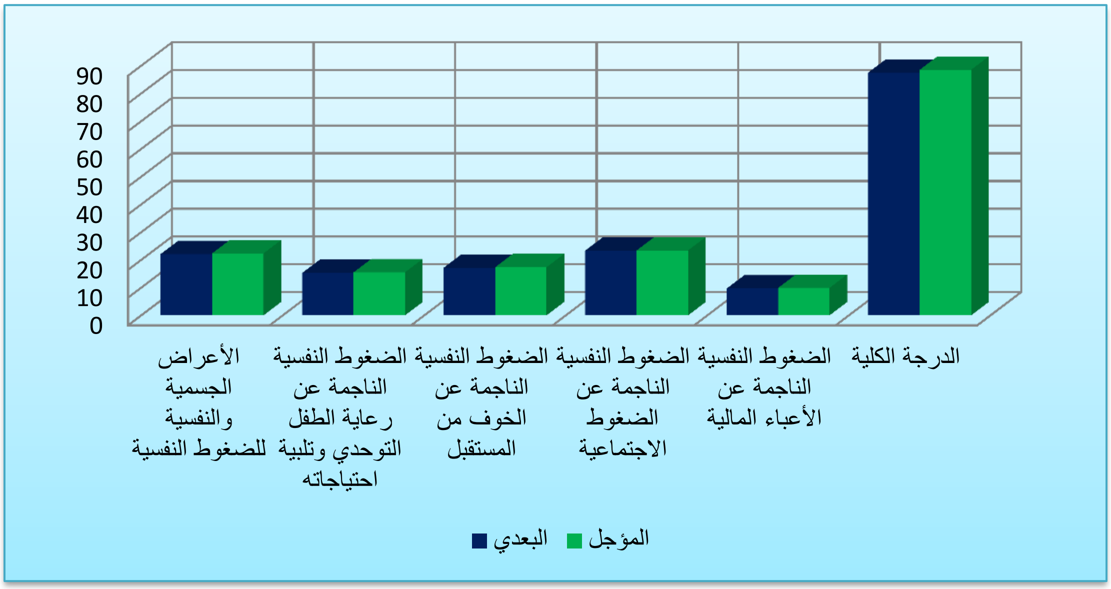
لاختبار صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والرتبية والانحرافات المعيارية، ومستوى الضغوط النفسية لأمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية، والجدول الآتي يوضح ما تم التوصل إليه من نتائج.

الجدول (٣٨) المتوسطات الحسابية ومستويات الضغوط النفسية لأمهات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل

مجالات المقياس ودرجته الكلية	عدد بنود المقياس	نوع القياس	المجموعة التجريبية			
			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسطات الرتبية	مستوى الضغوط النفسية
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	١٢	بعدي	٢٢.٠٨	٢.٥٠	١.٨٤	متوسط
		مؤجل	٢٢.٣٣	٢.٤٩	١.٨٦	متوسط
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	١٠	بعدي	١٥.٢٥	٠.٩٦	١.٥٢	منخفض
		مؤجل	١٥.٥٠	١.٣٨	١.٥٥	منخفض
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	١٠	بعدي	١٧.١٦	١.٥٨	١.٧١	متوسط
		مؤجل	١٧.٣٣	١.٤٩	١.٧٣	متوسط
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	١٤	بعدي	٢٣.٣٣	١.٩٢	١.٦٧	متوسط
		مؤجل	٢٣.٤١	٢.٣٥	١.٦٧	متوسط
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	٧	بعدي	٩.٦٦٦	١.٢٣	١.٣٨	منخفض
		مؤجل	٩.٩١	٠.٩٠	١.٤٢	منخفض
الدرجة الكلية	٥٣	بعدي	٨٧.٥٠	٤.٨١	١.٦٥	منخفض
		مؤجل	٨٨.٥٠	٥.٠١	١.٦٧	متوسط

يُلاحظ من خلال تحليل مضمون الجدول السابق إلى وجود فروق طفيفة بين المتوسطات الحسابية لدى أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل، حيث بلغ المتوسط الحسابي لدى أمهات المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية في القياس البعدي

(٨٧.٥٠) أما في القياس المؤجل فقد بلغ (٨٨.٥٠) كما يلاحظ ثبات مستوى الضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية في القياس المؤجل، وذلك على جميع مجالات مقياس الضغوط النفسية وهذا يؤكد فاعلية البرنامج التدريبي وأثره في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى المجموعة التجريبية. والشكل الآتي يبيّن المخطط البياني للفروق بين متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية.



الشكل (٧) الفروق بين متوسطات درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية

من خلال مراجعة الجدول (٣٨) وبالنظر إلى الشكل (٧) يتبين أنَّ وجود فروق ظاهرية طفيفة بين متوسط درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية، ولمعرفة ما إذا كانت هذه الفروق ذات دلالة إحصائية تم استخدام اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Test) للتعرف على دلالة الفروق بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية، والجدول الآتي يوضّح ما تمّ التوصل إليه من نتائج.

الجدول (٣٩) نتائج اختبار ويلكوكسون للتعرف على دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية

المقياس ومجالاته	القياس البعدي والمؤجل للمجموعة التجريبية	n	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	القيمة الاحتمالية	القرار
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية	الرتبة السالبة =٣	١٢	٣.٦٧	١١.٠٠	٠.٩٦٦	٠.٣٣٤	غير دال
	الرتبة الموجبة =٢		٢.٠٠	٤.٠٠			
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته	الرتبة السالبة =٣	١٢	٣.٣٣	١٠.٠٠	٠.٧٠٧	٠.٤٨٠	غير دال
	الرتبة الموجبة =٢		٢.٥٠	٥.٠٠			
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل	الرتبة السالبة =٢	١٢	١.٥٠	٣.٠٠	١.٤١٤	٠.١٥٧	غير دال
	الرتبة الموجبة =٠		٠.٠٠	٠.٠٠			
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية	الرتبة السالبة =٣	١٢	٣.٠٠	٩.٠٠	٠.٤٤٧	٠.٦٥٥	غير دال
	الرتبة الموجبة =٢		٢.٠٠	٦.٠٠			
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية	الرتبة السالبة =٣	١٢	٢.٦٧	٨.٠٠	١.١٣٤	٠.٢٥٧	غير دال
	الرتبة الموجبة =١		٢.٠٠	٢.٠٠			
الدرجة الكلية	الرتبة السالبة =٨	١٢	٦.١٣	٤٩.٠٠	٢.٢٣٥	٠.٢٥٠	غير دال
	الرتبة الموجبة =٢		٣.٠٠	٦.٠٠			

تشير نتائج اختبار ويلكوكسون الواردة في الجدول السابق(٣٩) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α (≥0.05)، بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية، إذ بلغت القيمة الاحتمالية للدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية (٠.٢٥٠)، وهي أقل من مستوى الدلالة الافتراضي لها(٠.٠٥). وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية.

كما تشير نتائج اختبار ويلكوكسون الواردة في الجدول السابق(٣٩) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة α (≥0.05)، بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على مجالات مقياس الضغوط النفسية، إذ تراوحت القيم الاحتمالية لمجالات مقياس الضغوط النفسية من(٠.١٢٧ حتى٠.٦٥٥)، وهي أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي لها (٠.٠٥). وهذا يشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والمؤجل على جميع مجالات مقياس الضغوط النفسية. وهذا يجعلنا نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على عدم وجود: " **فروق ذات دلالة إحصائية**

بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل ".

ثانياً- نتائج التقييم النهائي للبرنامج:

بعد انتهاء الباحثة من تطبيق البرنامج التدريبي قامت بتقييمه من خلال تطبيق (استمارة تقييم البرنامج) على أمهات العينة التجريبية التي تتضمن مجموعة من الأسئلة حول مدى استفادتهن من البرنامج التدريبي ويمكن عرض هذه الأسئلة ونسبة الإجابات عليها على النحو الاتي:

الجدول(٤٠) النسبة المئوية لإجابات أمهات المجموعة التجريبية على أسئلة تقييم البرنامج

	الأسئلة	نعم		نوعاً ما		لا	
		N	%	N	%	N	%
١	هل استفدت من البرنامج التدريبي؟	١٠	٨٣	٢	١٧	٠	٠
٢	هل يرتبط موضوع التدريب بالحياة اليومية؟	٩	٧٥	٣	٢٥	٠	٠
٣	هل ساعدك البرنامج على أن تصبحي أكثر إيجابية؟	١١	٩٢	١	٨	٠	٠
٤	هل ساعد البرنامج في خفض مستوى الضغوط النفسية لديك؟	١٠	٨٣	٢	١٧	٠	٠
٥	هل كانت موضوعات التدريب كافية؟	١٠	٨٣	١٢	١٧	٠	٠
٦	هل كان التوقيت ملائماً؟	١٢	١٠٠	٠	٠	٠	٠
٧	هل أصبحت أكثر تفاؤلاً بعد التدريب؟	٩	٧٥	٣	٢٥	٠	٠
٨	هل أصبحتِ أكثر قدرة على التحكم بانفعالاتك؟	٩	٧٥	٣	٢٥	٠	٠
٩	هل أصبحت لديك رغبة أكبر في تعلّم ما هو جديد؟	١٢	١٠٠	٠	٠	٠	٠
١٠	هل أصبحت لديك قدرة أكبر على تقبل ذاتك؟	١١	٩٢	١	٨	٠	٠
١١	هل أصبحت أكثر ميلاً للمجازفة الإيجابية؟	١٠	٨٣	٢	١٧	٠	٠
١٢	هل تحسنت قدرتك على تحمل المعاناة ؟	١٠	٨٣	٢	١٧	٠	٠
١٣	هل أصبحت لديك معلومات أفضل عن إعاقة طفلك وخصائصه؟	١١	٩٢	١	٨	٠	٠
١٤	هل ترغبين في الالتحاق ببرامج أخرى مستقبلاً؟	١٢	١٠٠	٠	٠	٠	٠

يُلاحظ من خلال تحليل مضمون نتائج الأسئلة الواردة في الجدول السابق أن البرنامج التدريبي كان فاعلاً بالنسبة لأمهات المجموعة التجريبية في تنمية مهارات التفكير الإيجابي وخفض مستوى الضغوط النفسية لديهن، ويدل في الوقت نفسه على تحقيق البرنامج التدريبي أهدافه التي صُمِّمَ من أجلها.

ثالثاً- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة وتفسيرها:

يتبين من خلال نتائج (فرضيات الدراسة) تحسّن وثبات واضح في أداء أمهات المجموعة التجريبية بالمقارنة مع أداء أمهات المجموعة الضابطة، على الدرجة الكلية لمقياس التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية. وتعزو الباحثة هذا التحسن والثبات في أداء المجموعة التجريبية إلى مجموعة عوامل منها:

- **حاجة أمهات المجموعة التجريبية إلى برنامج تدريبي لتنمية مهارات التفكير الإيجابي لديهن:**

ترى الباحثة أن تحسن أمهات المجموعة التجريبية واكتسابهن بعض مهارات التفكير الإيجابي، بعد تطبيق البرنامج التدريبي يرجع بشكل أساسي لحاجتهن الكبيرة إلى اكتساب هذه المهارات (التوقعات الإيجابية، والضبط الانفعالي، وتقبل الذات، وحب التعلم، والمجازفات الإيجابية، والقدرة على تحمل المعاناة ..إلخ) حيث تضمنت المجموعة التجريبية قبل الدخول في البرنامج التدريبي الأمهات اللواتي كانت درجاتهن متدنية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي، وهذا الأمر يدل على حاجتهن الكبيرة إلى برنامج تدريبي ينمي لديهن هذه المهارات. حيث أشار بيلي وسميث (Bailey and Smith,) على أهمية وحاجة أمهات الأطفال المعوقين لتعلم استراتيجيات التكيف الإيجابي وذلك لأنها تساعد على التقليل من التأثيرات السلبية للتوترات التي ترافق وجود طفل معاق داخل الأسرة، وبالتالي تساعد الأسرة على تطوير وزيادة عمليات تعلم الطفل المعاق (نقلاً عن: الشريف، ٢٠٠٧). كما أكد (سليجمان ودارلينغ،٢٠٠١) إنّ وجود طفل معوّق في الأسرة يخلق شروطاً خاصة وضغوطاً تعيشها أمهات الأطفال المعاقين وتستدعي بالضرورة تمكين الأمهات من مهارات التفكير الإيجابي لمواجهة تلك الضغوط، وهذا من شأنه أن يعمل على مساعدة الأمهات على تقبل الابن المعاق على اختلاف إعاقته، وتبني موقف إيجابي من ذلك الطفل من خلال الفهم والاستيعاب وعدم

التسرع فيما يعترضهن من مشكلات وتحديات تتعلق بأبنائهن بما يحقق التكيف النفسي السليم لديهن ولدى أطفالهن.

كما أكدّ سليجمان (Seligman, 2002) على أن تنمية الخصال الإيجابية في الشخصية أمر ضروري للإنسان، فهي تعدّ حصناً وقائياً ضد الضغوط ونواتجها السلبية، كما أن لهذه الخصال الإيجابية دوراً في استثارة السعادة الحقيقية فهي من أفضل السبل للوصول إلى الهناء والسعادة النفسية وتخطي الفشل وتحمّل المصاعب وتحرر الفرد من القسوة التي يحياها(,Seligman, 2002). لذا ترى الباحثة أن حاجة أمهات المجموعة التجريبية إلى تعلّم مهارات التفكير الإيجابي لمواجهة ضغوط الحياة التي تواجهها نتيجة وجود طفلها التوحدي كانت سبباً رئيساً في فاعلية البرنامج التدريبي الحالي.

– رغبة أمهات المجموعة التجريبية في الدخول إلى البرنامج التدريبي ساهمت في تنمية مهارات التفكير الإيجابي لديهن.

عند اختيار عينة المجموعة التجريبية، حرصت الباحثة على أن تكون لدى أفرادها رغبة وحماس للمشاركة في حضور جلسات البرنامج التدريبي منطلقةً في ذلك ممّا أشار إليه (مرسي وآخرون، ٢٠٠٧) من أن رغبة الأفراد وسعيهم إلى العمل والإنجاز من أهم الدوافع النفسية التي حظيت وتحظى باهتمام العلماء في مجال التربية وعلم النفس، وهو مفهوم فرضي يدل على حالة نفسية داخلية، تدفع الأم إلى النشاط والعمل والإنجاز، لتدريب المهارات، واكتساب الخبرات، والشعور بالكفاءة للوصول إلى تقبل ذاتها. وهذا ما لاحظته الباحثة أثناء تطبيق البرنامج التدريبي من سعي (أمهات المجموعة التجريبية) إلى التقيد بحضور جلسات البرنامج التدريبي، والمشاركة الصادقة، والمثابرة والالتزام بتنفيذ كافة التدريبات والنشاطات التي يحتويها البرنامج التدريبي، وهذا الأمر ساعد بشكل غير مباشر على تنمية مهارات التفكير الإيجابي لديهن.

– البرنامج التدريبي وما يحتويه من مادة علمية وأنشطة تدريبية وفنيات سلوكية وإرشادية ساهمت في تنمية مهارات التفكير الإيجابي لدى(أمهات المجموعة التجريبية).

تضمّن البرنامج التدريبي بالإضافة إلى المادة العلمية، العديد من الفنيات السلوكية والوسائل التدريبية والتقويمية، التي بينت الكثير من الدراسات السابقة والبحوث التجريبية فعاليتها في تنمية

مهارات التفكير عامة ومهارات التفكير الإيجابي خاصة. حيث تضمن البرنامج التدريبي فنية المحاضرة والمناقشة الجماعية التي من خلالها قدمت المعلومات بشكل مبسط وبعبارات تتناسب مع أمهات أطفال التوحد حول التوحد وخصائص الطفل التوحدي وكيفية التعامل معه. حيث أشار كل من [زهران (١٩٨٠)، والشناوي (١٩٩٦) وحنفي (٢٠٠٧)] على أهمية استخدام هذه الفنيات في البرامج التدريبية، وأكدوا أن من أهم ميزات المناقشة الجماعية أنها تعطي فرصة ذهبية للتفاعل المثمر وتسمح بأسلوب العصف الذهني، كما أنها تنمي حسن الاستماع وتشجع المشاركين على التعبير الانفعالي وفهم المشاعر السلبية لدى المجموعة وكيفية مواجهتها.

كما تضمّن البرنامج التدريبي فنية الدحض والتفنيد التي من خلالها تم مناقشة أمهات المجموعة التجريبية في أفكارهن الخاطئة واستبدالها بأفكار إيجابية صحيحة، حيث أكد [إبراهيم (٢٠٠٩) ومظلوم (٢٠٠٩)، والسيد ماضي (٢٠٠٦)]،على أهمية استخدام هذه الفنية وفاعليتها في العمليات والبرامج التدريبية والإرشادية.

وتضمّن البرنامج التدريبي فنية التعزيز الإيجابي التي من خلالها قُدم الثناء والمديح لأمهات الأطفال التوحديين على الإجابات الصحيحة والاستجابات الملائمة أثناء النقاش، وحثهن على التفكير السليم والسلوك المرغوب فيه بحيث يصبح جزءاً من حياتهن، بالإضافة إلى فنية التغذية الراجعة التي من خلالها تم تقديم الإجابات الصحيحة وتثبيتها وتصحيح الإجابات الخاطئة. حيث استخدمت هاتان الفنيتان في دراسة كل من [مظلوم (٢٠٠٩)، وماضي (٢٠٠٦)، وعبد القادر (٢٠٠٢)]، وكان لهما أثر كبير في نجاح برامجهم التدريبية.

كما اعتمدت الباحثة، في نهاية كل جلسة تدريبية تكليف الأمهات بواجب منزلي بهدف نقل ما افادت منه الأمهات من حضور جلسات البرنامج التدريبي إلى البيئة الأسرية التي تعيش فيها الأم، حيث اسُتخدمت هذه الفنية في كثير من الدراسات السابقة وثبتت فعاليتها، كدراسة [البهنساوي و جرجس (Elbahnasawy, H., Girgis, N., 2011)، ودراسة مظلوم (٢٠٠٩)، ودراسة السيد ماضي (٢٠٠٦)، ودراسة القدسي (٢٠٠٥)، ودراسة أبو غزالة (٢٠٠٤)، ودراسة عبد القادر (٢٠٠٢)، ودراسة عبدالغفار (١٩٩٩)].

بالإضافة إلى ذلك تضمّن البرنامج التدريبي العديد من الوسائل التعليمية والتدريبية التي ساهمت في تسهيل تنفيذ البرنامج التدريبي واكتساب أمهات المجموعة التجريبية مهارات التفكير الإيجابي أقراص السيديه (CD) التي تحتوي كتباً ومراجع خاصة بمهارات التفكير الإيجابي والتوحد والإرشاد الأسري، حيث وُزِعت على الأمهات المشاركات في بداية البرنامج التدريبي للاطلاع عليها والإفادة منها. وكذلك وزعت الباحثة على الأمهات المشاركات ملخصات ورقية لكل جلسة تدريبية حتى تسترجع الأم جميع المهارات والأفكار التي تدربت عليها في كل جلسة.

كما تضمّن البرنامج التدريبي وسائل تقويمية عديدة، ساهمت في التأكد من اكتساب الأمهات المشاركات مهارات التفكير الإيجابي. فبالإضافة إلى التقويم القبلي والبعدي للبرنامج التدريبي اعتمدت الباحثة على التقويم المرحلي من خلال طرح عددٍ من الأسئلة على الأمهات المشاركات للتأكد من مدى تحقق أهداف الجلسات التدريبية، وللتأكد من مدى استفادتهن من كل جلسة تدريبية قبل الانتقال إلى الجلسات اللاحقة، وهذه الأساليب استخدمت في الكثير من الدراسات السابقة التي أكدت أهمية وضرورة استخدامها لنجاح العلمية التدريبية كدراسة [العضل(٢٠١٢)، ودراسة مجلي(٢٠١١)، ودراسة مريم (٢٠٠٨)، ودراسة كاظم (٢٠١٠)، ودراسة منذر (٢٠٠٧)، ودراسة القدسي (٢٠٠٥)، ودراسة وأليس وابرامس (Ellis & Abrams1994)، ودراسة كوين (Cohen, 1998)، ودراسة بولفرد (Boulevard, 2001)، ودراسة ايستيس وآخرون (Estes, et, al,2009)، دراسة كارتر ودافيس (Carter, A., 2008&Davis)، دراسة سينغال (Singhal, N., 2010)].

من خلال نتائج (فرضيات الدراسة) يتبين انخفاض واضح في مستوى الضغوط النفسية وثبات في هذا الانخفاض لدى أمهات المجموعة التجريبية بالمقارنة بين أداء أفرادها من جهة في القياس(القبلي، والبعدي، والمؤجل)، وبين أداء أمهات المجموعة الضابطة من جهة أخرى على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية. وتعزو الباحثة هذا الانخفاض في مستوى الضغوط النفسية وثباته لدى أمهات المجموعة التجريبية إلى فاعلية البرنامج التدريبي الذي أدى الى تنمية مهارات التفكير الإيجابي التي أسهمت بشكل مباشر في تخفيض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات المجموعة التجريبية، وهذا ما لاحظته الباحثة على أرض الواقع، كما أنّ الكثير من الدراسات السابقة كدراسة

(سليجمان ودارلينغ،٢٠٠١)، ودراسة كارتر ودافيس (Davis, N., Carter, A., 2008)، ودراسة ديوارت وآخرون (Duarte, C, et, al.2005)، أكدت إنّ وجود طفل معاق في الأسرة يخلق شروطاً خاصة وضغوطاً نفسية كبيرة تعيشها أمهات الأطفال المعاقين، وتستدعي بالضرورة تمكين الأمهات من استخدام مهارات التفكير الإيجابي لمواجهة هذه الضغوط، وهذا من شأنه أن يعمل على مساعدة الأمهات على تقبل الابن المعاق على اختلاف أنواع الإعاقة، وتبني موقف إيجابي من ذلك الطفل من خلال الفهم والاستيعاب وعدم التسرع فيما يعترضهن من مشكلات وتحديات تتعلق بأبنائهن بما يحقق التكيف النفسي السليم لهن ولأطفالهن. ويشير هرتزل (Hartzel, 2000)، إلى أنَّ البرامج القائمة على الإيجابية لها آثار مهمة في تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الإعاقة وآثارها فالإيجابية تساعد الأم على التغلب على مشاكلها من خلال ضبط البيئة المحيطة وتعديلها وتكييفها لأنَّ آثار تلك البيئة تنعكس بشكل مباشر على صحة الأمهات النفسية والجسمية مما يساعدهن على العمل بشكل فعّال أكثر مع أبنائهن ويساعدهن على تحسين جودة الحياة لديهن ولدى أطفالهن.

لذلك صُمّمَ البرنامج التدريبي الحالي لأمهات الأطفال التوحديين ليقدم لهن الدعم والمساندة، ويساعدهن على اكتساب أساليب إيجابية في التعامل مع الضغوط النفسية التي يعايشنها يومياً، حيث تضمن بشكل أساسي تدريبهن على مهارات التفكير الإيجابي الخاصة بـ(التوقعات الإيجابية، والتفاؤل والضبط الانفعالي، وتقبل الذات، وحب التعلم، والمجازفات الإيجابية، والقدرة على تحمل المعاناة، والتحكم بالانفعالات)، فأدت تنمية هذه المهارات إلى تشكيل مفهوم ذات إيجابي لدى الأمهات ولعبت دوراً كبيراً في التخفيف من ضغوطهن النفسية. حيث أكدّ كلّ من[(Cunningham, et. Al, 2002)، و(عبد العظيم، ١٩٨٧)، و(الخطيب، ٢٠٠١)] أنَّ الفرد طالما كان متقبلاً لذاته فإنه يكون أكثر إيجابية وفاعلية في المجتمع، وأكثر قدرة على حلّ مشكلاته ومواجهتها، ولعل مفهوم الذات من أكثر النواحي تأثراً لدى الأسر عند وجود طفل توحدي لديهم، حيث أننا كثيراً ما نلاحظ الشعور بالعار مترافقاً مع انخفاض في تقدير الذات لدى تلك الأسر. لذلك أوصى هؤلاء الباحثون بضرورة تصميم البرامج الإرشادية والتدريبية التي تقوم بتعزيز التفكير الإيجابي لدى أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتخفيف من الضغوط النفسية التي يعانونها، ودعم هذا الرأي الكثير من الدراسات السابقة

التي أثبتت نتائجها صحته ومن أهمها دراسة [(قراقيش، ٢٠٠٩)، ودراسة البهنساوي و جرجس (Elbahnasawy, H., Girgis, N., 2011)، ودراسة سينغال (Singhal, N., 2010)، ودراسة ايستيس وآخرون (Estes, et, al,2009)، ودراسة ليي (Lee, 2009)، ودراسة كارتر ودافيس (Davis, N., Carter, A., 2008)، ودراسة ديوارت وآخرون (Duarte, C, et, al.2005) ودراسة تومانيك وآخرون (Tomanik, S., et al, 2004)، ودراسة تونالي و باور (Power,T., Tunali, B., and 2002)، ودراسة مظلوم (٢٠٠٩)، ودراسة الدعدي (٢٠٠٩)، ودراسة البديرات (٢٠٠٦)، ودراسة القدسي (٢٠٠٥)].

رابعاً – مقترحات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج تجريبية يمكن تحديد مجموعة من التوصيات التي من الممكن أن تكون ذات فائدة في مجال تقديم الخدمات لأسر الأطفال التوحديين.

١. افتتاح مراكز خاصة لتقديم الخدمات الإرشادية والنفسية والاجتماعية لأسر الأطفال ذوي التوحد لمساعدتهم على التخلص من الضغوط النفسية التي يتعرضون لها.
٢. تدريب الإخصائيين على استخدام مهارات التفكير الإيجابي وأساليبه، وتنميتها في عملهم الإرشادي مع أسر الأطفال المعوقين عامة، وأسر أطفال التوحد خاصة.
٣. توعية أسر الأطفال المعوقين بضرورة تعديل اتجاهاتهم الفكرية السلبية، وتبني اتجاهات فكرية ايجابية، تساعدهم على التخلص من الضغوط النفسية الناتجة عن إعاقة أطفالهم.
٤. عقد دورات وورش تدريبية (بشكل مستمر) لأسر الأطفال ذوي التوحد لتوعيتهم بالأساليب الإرشادية الحديثة التي تسمح لهم بالتخلص من ضغوطهم النفسية.
٥. تأهيل متخصصين في الإرشاد الأسري ليكونوا قادرين على تقديم أفضل الخدمات الإرشادية لأسر الأطفال ذوي التوحد.

خامساً- بحوث مقترحة:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية تقترح الباحثة إجراء الدراسات الآتية التي يمكن أن تكون ذات فائدة في مجال تحسين واقع أسر الأطفال المعوقين.

١. فاعلية برنامج تدريبي في تنمية أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى أسرة الطفل التوحدي.
٢. مصادر الضغوط النفسية لدى والديْ الطفل التوحدي في ضوء عدد من المتغيرات.
٣. فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التفكير الإيجابي وأثره في خفض بعض الاضطرابات النفسية لدى والديْ الطفل التوحدي.
٤. الايجابية وعلاقتها بمفهوم الذات لدى أمهات أطفال التوحد.
٥. فاعلية برنامج ارشادي في تنمية الأفكار العقلانية وأثره في خفض مستوى الضغوط االنفسية لدى والدي الطفل التوحدي.

ملخص الدراسة باللغة العربية

أولاً- مقدّمة الدراسة ومشكلتها:

تترك الإعاقة عموماً وعلى اختلاف أنواعها تأثيرها في مختلف جوانب حياة الطفل المعوّق وأسرته، ولعلّ الضغط النفسي الأشد يظهر جلياً لدى الأم التي تتحمل العبء الأكبر في تربية الطفل، مما يجعلها في حاجة إلى مساعدة كي تتقبل هذا الطفل وتتجاوز الأزمة النفسية المرتبطة بالإعاقة. وقد أخذت الأبحاث عن أمهات الأطفال المعوقين منحنىً جديداً، فبدلاً من التركيز على الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأم فقط، أصبحت الأبحاث تركز أيضاً على تكيف الأم الإيجابي مع الإعاقة حيث أكد الباحثون على أهمية وفاعلية تعلم الأم استراتيجيات التكيف الإيجابي لمساعدتها على الحد من التأثيرات السلبية للتوترات التي ترافق وجود طفل معوق داخل الأسرة، وبالتالي تساعد الأسرة في تطوير وزيادة عمليات تعلّم الطفل المعوق.

كما أنّ وجود طفل معوّق في الأسرة عموماً وتوحدي خصوصاً يخلق مشكلات وشروطاً خاصة وضغوطاً نفسية واجتماعية تعيشها الأمهات وتستدعي بالضرورة تمكينهن من مهارات التفكير الإيجابي لمواجهة هذه الضغوط، ومن هذا المنطلق صممت الباحثة برنامجاً تدريبياً يقوم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي لخفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد في مدينة دمشق، وبصورة أدق تتحدد مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيس الآتية:

ما فاعلية برنامج قائم على تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى عينة من أمهات أطفال التوحد.

ثانياً- أهداف الدراسة: تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- إعداد مقياسيْ مهارات التفكير الإيجابي والضغوط النفسية لقياس مستوى الضغوط النفسية ومهارات التفكير الإيجابي لدى أفراد عينة الدراسة قبل تطبيق البرنامج التدريبي وبعده.
- إعداد برنامج تدريبي قائم على فنيات (المحاضرة، المناقشة الجماعية، والدحض والتفنيد، الواجبات المنزلية، والتغذية الراجعة) لتدريب الأمهات على بعض مهارات التفكير الإيجابي (التوقعات الإيجابية، والتفاؤل والضبط الانفعالي، وتقبل الذات، وحب التعلم، والمجازفات الإيجابية، والقدرة على تحمل المعاناة، والتحكم بالانفعالات) بهدف خفض مستوى الضغوط النفسية لديهن.
- الكشف عن مدى فاعلية البرنامج التدريبي بعد تطبيقه في تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي لدى أمهات أطفال التوحد.

- الكشف عن مدى فاعلية البرنامج التدريبي بعد تطبيقه في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد.
- الكشف عن مدى استمرارية فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي وخفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد، وذلك بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي.

ثالثاً– فرضيات الدراسة:

سعت الدراسة الحالية لاختبار الفرضيات الآتية عند مستوى دلالة (٠.٠٥).

١. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس مهارات التفكير الإيجابي بعد تطبيق البرنامج التدريبي.
٢. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي في القياسيّن القبلي والبعدي.
٣. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي في القياسيّن البعدي والمؤجل.
٤. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الضغوط النفسية بعد تطبيق البرنامج التدريبي.
٥. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية في القياسيّن القبلي والبعدي.
٦. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية في القياسيّن البعدي والمؤجل.

رابعاً– أدوات الدراسة: تطلب تحقيق أهداف الدراسة استخدام الأدوات التالية:

١. مقياس التفكير الإيجابي (إعداد الباحثة) وتم التحقق من صدقه وثباته.
٢. مقياس الضغوط النفسية (إعداد الباحثة) وتم التحقق من صدقه وثباته.

٣. البرنامج التدريبي لتنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد (إعداد الباحثة).

خامساً- عينة الدراسة:

بلغت عينة الدراسة .(٢٤) أمّاً من أمهات الأطفال التوحديين من المنظمة السورية للمعوقين آمال قسمت إلى مجموعتين متجانستين (١٢) أمّاً للمجموعة التجريبية و(١٢) أماً للمجموعة الضابطة.

سادساً- منهج الدراسة:

اتُبع في الدراسة الحالية **المنهج التجريبي** لتعرف فاعلية البرنامج التدريبي كمتغير مستقل لتنمية بعض مهارات التفكير الإيجابي وخفض مستوى الضغوط النفسية كمتغيرات تابعة. ويقاس ذلك من خلال التغيرات الحاصلة في درجات أمهات أطفال التوحد (المجموعتين التجريبية والضابطة) على المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية.

سابعاً- إجراءات تنفيذ الدراسة:

تم تصميم أدوات الدراسة والتحقق من صدقها وثباتها، بعد ذلك اختيرت عينة الدراسة وقسمت إلى مجموعتين متجانستين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، تكونت كل مجموعة من(١٢) أمّاً من أمهات أطفال التوحد، وطُبق البرنامج التدريبي على المجموعة التجريبية في الفترة الواقعة من (٢٠١٣/٣/١٧ ولغاية ٢٠١٣/٥/١٩) بواقع جلستين أسبوعياً، ثم طبق القياس البعدي في (١٩-٢٠١٣/٥/٢٠)، كما تم تنفيذ دراسة تتبعية للتحقق من استمرار أثر البرنامج التدريبي بإعادة تطبيق أدوات الدراسة بعد مرور شهر من انتهاء تطبيق البرنامج التدريبي، ثم تم استخراج النتائج وتحليلها باستخدام البرنامج الحاسوبي (spss).

ثامناً- نتائج الدراسة:

١. **النتيجة الأولى:** وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لمقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح أمهات المجموعة التجريبية.

٢. **النتيجة الثانية:** وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي قبل تطبيق البرنامج التدريبي وبعده لصالح التطبيق البعدي ".

٣. **النتيجة الثالثة:** عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية على مقياس مهارات التفكير الإيجابي ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل ".

٤. **النتيجة الرابعة:** وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية بعد تطبيق البرنامج التدريبي لصالح أمهات المجموعة التجريبية.

٥. **النتيجة الخامسة:** وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية قبل تطبيق البرنامج التدريبي وبعده لصالح التطبيق البعدي ".

٦. **النتيجة السادسة:** عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أمهات المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الضغوط النفسية ومجالاته الفرعية في القياسين البعدي والمؤجل.

مراجع الدراسة

- مراجع الدراسة في اللغة العربية.
- مراجع الدراسة في اللغة الأجنبية.

مراجع الدراسة في اللغة العربية

- إبراهيم، عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤): **العلاج النفسي الحديث قوة الإنسان**. مكتبة مدبولي، القاهرة.
- إبراهيم، عبد الستار (٢٠٠٨): **عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الإيجابي.** دار الكتاب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- إبراهيم، عبد الستار (٢٠١١): **عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الإيجابي.** **(ط٢)**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- أبو غزالة، سميرة (٢٠٠٤). **فاعلية برنامج إرشادي في إدارة الحياة في تخفيض الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال التوحديين**. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان، الأردن.
- أبو مغلي، سمير عبد الله السعود (١٩٨٧): مستوى ومصادر التوتر النفسي لدى معلمي المدارس الحكومية الإعدادية والثانوية. رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.
- الأشقر، نادية فتحي شاكر(١٩٩٥): **مصادر الضغط النفسي لدى النساء العاملات المتزوجات وغير المتزوجات في القطاع العام في مدينة الزرقاء**. رسالة ماجستير(غير منشورة)، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.
- الأشول، عادل عز الدين (١٩٨٧): **موسوعة التربية الخاصة**. مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- الأنصاري، بدر (١٩٩٨). **التفاؤل والتشاؤم المفهوم والقياس والمتعلقات**. مطبعة جامعة الكويت، الكويت.
- باترسون (١٩٩٠): **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**. ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم، الكويت.
- باظة، آمال عبد السميع مليجي (٢٠٠١): **تشخيص غير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة)**. مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- باظة، آمال عبد السميع مليجي (٢٠٠٣): **اضطرابات التواصل وعلاجها**. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- بخش، أميرة طه (٢٠٠٢): **دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابي للأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقلياً**. ***مجلة العلوم التربوية والنفسية***. *المجلد الثاني، العدد الثالث، سبتمبر، الكويت.*

- بدر، إسماعيل محمد (١٩٩٧): **مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد.** المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي، ديسمبر، المجلد الثاني، كلية التربية، جامعة عين شمس، ص٧٢٧ – ٧٥٦.
- بدران، شبل ومحفوظ، أحمد فاروق (١٩٩٤). **في أصول التربية.** دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- بدوي، أحمد (١٩٧٧). **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية.** مكتبة لبنان، بيروت.
- البديرات، نضال عبد الرحيم (٢٠٠٦). **مصادر الضغوط النفسية لدى إخوة الأطفال الذين يعانون من التوحد وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
- بكار، عبد الكريم (٢٠٠٣). **الفكر المتصلب.** عن الشبكة العالمية للمعلومات للإنترنت:
- بيك، أرون(٢٠٠٠): **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية.** ترجمة عادل مصطفى، الطبعة الأولى، دار الآفاق العربية، القاهرة.
- التل، سعيد(١٩٩٣): **المرجع في مبادئ التربية.** دار الشروق، عمان.

Http://www.Aljalsa.com/view-article.php?aid=41&typ=710.

- بني خالد، محمد سليمان (٢٠٠٩). **مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت**، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد (١٧)، العدد (٢)، ص ٤٩١–٥١٢.
- بيفر، فيرا (٢٠٠٨). **التفكير الإيجابي.** (ترجمة مكتبة جرير)، (ط٦)، مكتبة جرير، الرياض.
- بيفر، فيرا (٢٠١٠). **التفكير الإيجابي.** (ترجمة مكتبة جرير)، (ط٧)، مكتبة جرير، الرياض.
- بيل، نورمان فنسنت (٢٠٠١). **قوة التفكير الإيجابي.** (ترجمة يوسف اسكندر)، (ط٧)، دار الثقافة، القاهرة.
- تراسي، بريان (٢٠٠٩). **غير تفكيرك غير حياتك.** (ترجمة مكتبة جرير)، (ط٣)، مكتبة جرير، الرياض.
- تركي، جمال (٢٠٠٤): **معجم المصطلحات النفسية.** شبكة العيون النفسية العربية، الجزائر.
- تريسي، بريان (١٩٩٢). **علم نفس النجاح.** (ترجمة مكتبة جرير)، مكتبة جرير، الرياض.
- جاي، ل، ر. (١٩٩٣). **مهارات البحث التربوي.** (ترجمة جابر عبد الحميد جابر)، دار النهضة العربية، مصر
- جمل الليل، محمد جعفر (٢٠٠١): **المساعد الإرشادية.** دار الفنون، جدة، السعودية.

- جوردن، ريتا وبيول، ستيورات (٢٠٠٧): **الأطفال التوحديين، جوانب النمو وطرق جوانب النمو وطرق التدريس.** (ترجمة رفعت محمود)، عالم الكتب، القاهرة.
- الحبيش، خالد محمد (٢٠٠٣). **أسرة الشخص ذوي الاحتياجات الخاصة – الضغوط–الأساليب–التدخل المبكر.** الملتقى الثالث للجمعية الخليجية للإعاقة من ١٤–١٦ يناير، الدوحة، قطر.
- حجازي، مصطفى (٢٠٠٥). **الإنسان المهدور.** المركز الثقافي العربي، بيروت.
- الحربي، ماطر بن عواد(٢٠٠٢): **مقارنة مستويات الضغط النفسي والقلق ونمط السلوك(أ) لدى الإداريين وغير الإداريين في مديريات الشؤون الصحية بالمنطقة الشرقية في المملكة العربية السعودية.** رسالة ماجستير(غير منشورة)، الجامعة الأردنية، عمان.
- حريري، أسامة (٢٠٠٢). **التطوير الذاتي.** دار المجتمع، جدة.
- الحديدي، منى والخطيب، جمال والصمادي، جميل (١٩٩٤). **الضغوط التي تتعرض لها أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.** مجلة دراسات، ١٢٢، ٥–٢٣.
- الحديدي، منى والخطيب، جمال (٢٠٠٥). **المدخل إلى التربية الخاصة،** مكتبة الفلاح، عمّان.
- الحديدي، منى والخطيب، جمال (١٩٩٦). **أثر إعاقة الطفل على الأسرة،** مجلة كلية التربية جامعة المنصورة، العدد ٣١، ٣–٢٨.
- الحسن، إحسان محمد وشهاب، بهيجة (١٩٩٠). **خدمة الجماعة،** مطابع التعليم العالي والبحث العلمي، بغداد.
- حسن، عمر وبدران، أحمد (٢٠٠٧). **كيف تحقق ذاتك.** مكتبة جزيرة الورد، المنصورة، مصر.
- حسين، طه وحسين، سلامة (٢٠٠٦). **استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية،** دار الفكر، عمان.
- حسين، طه (٢٠٠٤): **الإرشاد النفسي (النظرية– التطبيق– التكنولوجيا).** دار الفكر، عمان، الأردن.
- حسين، عزة (١٩٨٩): **برنامج إرشادي لمواجهة العدوانية لدى المراهقين الجانحين.** رسالة دكتوراه غير منشورة ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس، القاهرة.
- الحفني، عبد المنعم (١٩٩٤): **موسوعة مدارس علم النفس.** مكتبة مدبولي، القاهرة.
- الحفني، عبد المنعم (١٩٧٨): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي.** مكتبة مدبولي، القاهرة.

- الحلبي، سوسن شاكر (٢٠٠٠): **دراسة تشخيصية للخصائص السلوكية والعقلية والانفعالية للأطفال المصابين بالتوحد الطفولي في العراق. مجلة العلوم التربوية والنفسية**، العدد (٣٦)، حزيران.
- الحلبي، سوسن شاكر (٢٠٠٥): **التوحد الطفولي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه.** مؤسسة علاء الدين، دمشق، سوريا.
- حلواني، حسني إحسان (١٩٩٦): **المؤشرات التشخيصية الفارقة للأطفال ذوي الأوتيزم (التوحد) من خلال أدائهم على بعض المقاييس النفسية. رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة أم القرى بمكة المكرمة، السعودية.
- الحمادي، علي (٢٠٠٣). **اتجاهات الحكم والتقدير**. عن الشبكة العالمية للمعلومات للإنترنت: http//www Aljalsa.com/view-article.php?aid=63&typ=710
- حمدي، نزيه، أبو طالب، صابر (١٩٩٨). **الإرشاد والتوجيه في مراحل العمر**، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان.
- حمدي، نزيه، داوود، نسيمة (٢٠٠٥). **الإرشاد الأسري لذوي الحاجات الخاصة**، الندوة الوطنية لدعم ذوي الاحتياجات الخاصة، سلطنة عُمان، ص(٢-٣١).
- حمزة، محمد (٢٠٠٤): **التوتر التنظيمي.** http:\\www.bafree.net\forum\archive\-45727.htm.
- حمودة، محمود عبد الرحمن (١٩٩٨): **الطب النفسي للطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج.** ط٢، مطبوعة المؤلف، القاهرة.
- حموده، محمود عبد الرحمن (١٩٩١): **النفس أسرارها وأمراضها.** ط٢، دار المعارف، القاهرة.
- الحواجري،عبد الله تيسير(٢٠٠٤): **العلاقة بين الضغوط النفسية والإصابة بالقرحة الهضمية.** رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان.
- خطاب، محمد أحمد (٢٠٠٥): **سيكولوجية الطفل التوحدي، تعريفها تصنيفها أعراضها تشخيصها أسبابها التدخل العلاجي.** دار الثقافة، عمان.
- الخطيب، جمال (٢٠٠١). **أولياء أمور الأطفال المعوقين**، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى والسرطاوي، عبد العزيز (٢٠٠٢). **إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة.** دار حنين للنشر، عمان، الأردن.
- الخطيب، صالح أحمد (٢٠٠٤). **الإرشاد النفسي في المدرسة.** دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات.

- خليل، عمر بن الخطاب (١٩٩٣): **التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه التوحدية. دراسات نفسية**، رابطة الاخصائيين النفسيين، المجلد ٣، دار النهضة العربية، القاهرة.
- خليل، عمر بن الخطاب (٢٠٠١): **الأساليب العلاجية الفعالة في التوحد.** ***مجلة معوقات الطفولة،*** مركز معوقات الطفولة، العدد (٩)، مايو، جامعة الأزهر، مصر.
- الخولي، ويليام(١٩٧٦): **الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي.** الطبعة الأولى، دار المعارف، القاهرة.
- دائرة الصحة والخدمات الطبية(٢٠٠٢): **الضغوط النفسية.**
http://www.dohms.gov.ae/ar.portal?Dohms Get sick Article-000150.
- دبليو، فنترلا (٢٠٠٣). **قوة التفكير الإيجابي في الأعمال.** (ترجمة ناوروز أسعد)، مكتبة العبيكان، الرياض.
- الدريهم، محمد(٢٠٠١): **الانفعالات.**.http:\\www.bafree.net\forum\archive\-2894.htm
- دسوقي، كمال (١٩٨٨): **ذخيرة علوم النفس.** الدار الدولية للنشر، القاهرة.
- دعدي، غزلان شمسي محمد (٢٠٠٩).**الضغوط النفسية والتوافق الأسري والزواجي لدى عينة من آباء وأمهات الأطفال المعاقين تبعاً لنوع ودرجة الإعاقة وبعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
- دعنا، وفاء يوسف ضاهر(١٩٩٤): **الضغط النفسي عند المرشدين في المدارس التابعة لوزارة التربية والتعليم في الأردن.** رسالة ماجستير(غير منشورة)، الجامعة الأردنية، عمان.
- الدفراوي، محمد حسيب (١٩٩٣): **الخدمات التي تقدم للطفل الأوتيستك في مصر.** ورشة عمل عن الأوتيزم، ديسمبر، مركز سيتي. ص ١٠٢–١٠٧.
- دي بونو، إدوارد (٢٠٠١). **قبعات التفكير الست.** (ترجمة خليل الجيوسي)، المجمع الثقافي، أبوظبي.
- رحال، ماريو (١٩٩٥). **المعنى الوجودي وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية.** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- الرخاوي، يحيى (٢٠٠٣): **مخاطر استيراد الافكار والمناهج والمشاكل وجهات نظر.** شبكة العلوم النفسية العربية، الجزائر.
- الرشيدي، هارون(١٩٩٩): **الضغوط النفسية: طبيعتها – نظرياتها – برنامج لمساعدة الذات في علاجها.** الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- الرقيب، سعيد بن صالح (٢٠٠٨). **أسس التفكير الإيجابي وتطبيقاته تجاه الذات والمجتمع في ضوء السنة النبوية**، بحث علمي محكم ومنشور في إحدى المجلات العلمية قُدم كورقة عمل في **المؤتمر الدولي عن تنمية المجتمع، تحديات وأفاق في الجامعة الإسلامية بماليزيا.**
- زبيدة، أمزيان (٢٠٠٧). **علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الحاج الخضر، الجزائر.
- الزراد، فيصل محمد خير ويحيى، علي محمد (١٩٨٦). **الإحصاء النفسي والتربوي مبادئ الإحصاء والإحصاء المتقدم**. دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- الزريقات، إبراهيم (٢٠٠٤). **التوحد:الخصائص والعلاج** .عمان، دار وائل.
- زهران، حامد عبد السلام (٢٠٠٢): **التوجيه والإرشاد النفسي**. ط٢، عالم الكتب، القاهرة.
- زهران، سناء حامد (٢٠٠٤): **إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب**. عالم الكتب، القاهرة.
- زيتون، كمال عبد الحميد (٢٠٠٣): **التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة**. عالم الكتب، القاهرة.
- زيدان، عصام محمد (٢٠٠٤): **الانهاك النفسي لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية والأسرية. مجلة البحوث النفسية**، العدد (١)، كلية التربية – جامعة المنوفية، مصر.
- سالم، أماني سعيدة سيد إبراهيم (٢٠٠٦). **فاعلية برنامج لتنمية التفكير الإيجابي لدى الطالبات المعرضات للضغوط النفسية في ضوء النموذج المعرفي**. مجلة كلية التربية في الإسماعيلية، العدد (٤)، ص ص ١٠٥-١٦٩.
- ستيوارت، جاك (١٩٩٦). **إرشاد الآباء ذوي الأطفال غير العاديين**. (ترجمة عبد الصمد الأغبري وفريدة أل مشرف)، جامعة الملك سعود، الرياض.
- السرطاوي، زيدان؛ الشخص، عبد العزيز(١٩٩٨): **الضغوط النفسية وأساليب المواجهة لأولياء أمور المعاقين**.دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- السعد، سميرة عبد اللطيف (١٩٩٨): **برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد في الوطن العربي.** المؤتمر الدولي السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، الشويخ، القاهرة.
- سلامة، ربيع شكري (٢٠٠٥): **التوحد اللغز الذي حير العلماء والأطباء**. دار النهار، القاهرة.
- سيلجمان، ودارلنج (٢٠٠١). **إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة**، (ترجمة إيمان كاشف)، دار القباء للنشر والتوزيع، القاهرة.

- سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٠): **الذاتوية إعاقة التوحد عند الأطفال.** مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠٠١): **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة.** المجلد ١، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٤): **اضطراب التوحد.** ط٣، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- سليمان، عبد الرحمن سيد وآخرون (٢٠٠٣): **دليل الوالدين والمتخصصين في التعامل مع الطفل التوحدي.** مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- سوين، ريتشارد (١٩٧٩): **علم الأمراض النفسية والعقلية.** (ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة)، دار النهضة العربية، القاهرة.
- سيد أحمد، عطية عطية محمد (٢٠٠٨). **الضغوط النفسية لدى الكفيف وعلاقتها باتجاهات الأسرة نحو الإعاقة.** بحث منشور في مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد (٤٧)، المجلد (٣)، ص ١١٢-١٤٧.
- السيد ماضي، أم كلثوم عطية (٢٠٠٦). **مدى فاعلية برنامج تدريبي لآباء الأطفال الذاتويين على تغيير اتجاهاتهم السلبية نحو أبنائهم الذاتويين،** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- سيسالم، كمال سالم (٢٠٠٢): **موسوعة التربية الخاصة والتأهل النفسي.** دار الكتاب الجامعي، العين، الإمارات العربية المتحدة.
- الشامي، وفاء (٢٠٠٤)، سمات التوحد، ط١، مكتبة الملك فهد الوطنية، السعودية.
- الشخص، عبد العزيز السيد (٢٠٠٣): **دورة تدريبية في النقص الطفولي.** ستة أشهر من ٧-١٠ إلى ٨-٣، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة.
- الشخص، عبد العزيز السيد والدماطي، عبد الغفار (١٩٩٢): **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين.** مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- الشربيني، لطفي زكريا (٢٠٠٠): **أساليب جديدة لعلاج حالات الإعاقة، أمل جديد لعلاج حالات الأوتيزم أطفال التوحد. مجلة النفس المطمئنة،** السنة الخامسة عشرة، العدد (٦٢)، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية، القاهرة.
- الشربيني، لطفي زكريا (٢٠٠٤): **طفل خاص بين الإعاقات والمتلازمات-تعريف وتشخيص.** دار الفكر العربي، القاهرة.

- شريف، ليلى (٢٠٠٣): **أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية(أ – ب) لدى أطباء الجراحة(القلبية والعصبية والعامة)**. رسالة دكتوراه(غير منشورة)، كلية التربية، جامعة دمشق.
- شريف، بسمة (٢٠١١)، **أثر التدريب على أسلوب حل المشكلات في خفض التوتر وتحسين التكيف لأمهات المعاقين**، مجلة المنارة، المجلد (١٧)، العدد(٤).
- شيخاني، سمير(٢٠٠٣): **الضغط النفسي**. الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، بيروت.
- صبحي، سيد محمد (١٩٩٦). **الإعاقة الخلقية وملامحها**. دار العين، القاهرة.
- الضعيف، خالد حسن (٢٠٠٢). **الإيجابية وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية لدى طلبة الجامعة**. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية البنات الآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- الضعيف، خالد (٢٠٠٥). **تنمية الإيجابية وأثرها في بعض الاضطرابات النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة.
- طاهر، شوبو عبد الله؛ الأميري، أحمد علي محمد(٢٠٠٣): **فعالية برنامج إرشادي في مواجهة الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية في تعز. مجلة كلية التربية**، الجامعة المستنصرية، كلية التربية، العدد(١)، بغداد.
- الطعاني، حسن(٢٠٠٥): مصادر ضغط العمل لدى مديري المدارس الحكومية الأساسية والثانوية في محافظة الكرك من وجهة نظرهم. **مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية**، المجلد(٢١)، العدد(٢).
- العارضة، معاذ محمد عبد الرزاق(١٩٩٨): **استراتيجيات تكيف المعلمين مع الضغوط النفسية التي تواجههم في المدارس الثانوية الحكومية في محافظة نابلس**. رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة النجاح الوطنية، نابلس.
- عبد الحق، أحمد سمير (٢٠٠٨). **التفكير الإيجابي طريق النجاح والنهضة**. دار البراء، الاسكندرية.
- عبد الحميد، جابر وكفافي علاء الدين (١٩٩٥): **معجم علم النفس والطب النفسي**. الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة.
- عبد الخالق، أحمد محمد والنيال، مايسة أحمد (١٩٩١). **أصول الصحة النفسية**. دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- عبد الرحمن، سعيد (٢٠٠٨). **تطوير التعليم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع**. ورقة عمل مقدمة للندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، الرياض، ابريل ٢٠٠٨، ص ٢٨-٣٠.

- عبد الرحيم، فتحي السيد (١٩٨٣): **قضايا ومشكلات في سيكولوجية الإعاقة ورعاية المعوقين النظرية والتطبيق.** دار القلم، الكويت.
- عبد الرحيم، فتحي السيد (١٩٩٠): **سيكولوجية الأطفال غير العاديين والتربية الخاصة**، الجزء الثاني، ط٤، دار العلم، الكويت.
- عبد العزيز، إلهامي (١٩٩٩): **سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة في حالة الذاتوية**، دار الكتب، القاهرة.
- عبد العزيز، رشاد (١٩٩١). **سيكولوجية الفروق بين الجنسين.** مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة.
- عبد العزيز، محمد سالم (٢٠١٢). **الإنسان والتفكير الإيجابي.** ط٢، دار المعرفة للتنمية البشرية، الرياض.
- عبد العظيم، طه (١٩٨٧). **العلاقة بين مفهوم الذات والإيجابية لدى طلاب المرحلة الجامعية**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، كلية التربية ببنها، مصر.
- عبد الغفار، سهام (١٩٩٩). **فاعلية كل من برنامج إرشادي للأسرة وبرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية للتخفيف من أعراض الذاتوية لدى الأطفال.** رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر.
- عبد القادر، نادية (١٩٩٧). **الاضطراب التوحدي لدى الأطفال وعلاقته بالضغوط الوالدية.** رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.
- عبد القادر، نادية ابراهيم (٢٠٠٢): **فعالية استخدام برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وآبائهم.** رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- عبد الله، عادل محمد (٢٠٠٠): **بعض أنماط الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال التوحديين وأقرانهم المعوقين عقلياً.** مجلة كلية التربية بالزقازيق، جامعة الزقازيق، العدد ٣٥، مايو، ٩–٣٥.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (٢٠٠١): **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة الأسباب التشخيص العلاج.** ط٤، مكتبة القاهرة، القاهرة.
- عبدالله، سهير محمود أمين (٢٠٠٢): **فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف حدة الاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتوحد.** مجلة كلية التربية، جامعة حلوان، العدد (٤)، مجلد٨، أكتوبر.

- عبود، صلاح الدين (١٩٩١): **مدى فاعلية برنامج إرشادي في تخفيف حدة السلوك العدواني لدى طلاب الحلقة الثانية من التعليم الأساسي.** رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أسيوط ، فرع أسوان، مصر.
- عريبات، أحمد عبد الحليم(١٩٩٤): **مصادر الضغط النفسي لدى المراهقين كما يدركها المراهقون والمعلمون والمرشدون.** رسالة ماجستير(غير منشورة)، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.
- عربيات، أحمد، الزيودي، محمد (٢٠٠٨). **فاعلية برنامج إرشادي لخفض الضغوط لدى الأطفال ضعاف السمع وأثره في تكيف أطفالهم**، مجلة جامعة دمشق، المجلد ٢٤، العدد ١، ص ٢٠١-٢٣٦.
- عز الدين، محمد (٢٠٠١): **التوحد مرض محير يهدد أطفال الخليج. مجلة نصف الدنيا**، العدد (٥٧٩)، ١٨ مارس، ص١٨، مؤسسة الأهرام، القاهرة.
- العضل، جمانة (٢٠١٢).الضغوط الأسرية والمساندة الاجتماعية لدى آباء وأمهات الأطفال التوحديين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- العقاد، عصام عبد اللطيف (٢٠٠١): **سيكولوجية العدوانية وترويضها (منحى علاجي معرفي جديد)**. دار غريب، القاهرة.
- عكاشة، أحمد (١٩٩٢): **الطب النفسي المعاصر**. ط ، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- علاوي، محمد حسن(١٩٩٨): **سيكولوجية الاحتراق للاعب والمدرب الرياضي.** الطبعة الأولى، مركز الكتاب، القاهرة.
- علي، علي إسماعيل(١٩٩٥): **العلاج القصير في خدمة الفرد والتدخل في مواقف الأزمات.** دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- عماره، ماجد السيد (١٩٩٩): **دراسة تشخيصية لبعض المتغيرات المعرفية وغير المعرفية لدى الطفل المنغلق نفسياً.** رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر.
- عماره، ماجد السيد (٢٠٠٥): **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق.** مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- العنزي، فريح (٢٠٠١). **الثقة بالنفس والخجل دراسة عاملة ارتباطية.** مجلة العلوم الاجتماعية بجامعة الكويت، العدد (٣٧)، المجلد (٣)، ص ٢١-٦٧.

- عوض، رئيفة رجب (٢٠٠١): **ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة.** مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- العوضي، عبد الله محمد (٢٠٠٤). **التفكير الراقي.** عن الشبكة العالمية للمعلومات للإنترنت: http//www Aljalsa.com/view-article.php?aid=64&typ=710
- عويس، إحسان(٢٠٠٣): **قياس الضغوط النفسية لدى الشباب وعلاقتها بمستوى السواء النفسي.** رسالة ماجستير(غير منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة.
- عيد، محمد إبراهيم (٢٠٠٦): **مقدمة في الإرشاد النفسي.** مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- عيد، محمد إبراهيم (٢٠٠١). **دراسة للخصائص الإيجابية للشخصية في علاقتها بمتغيري النوع والتخصص الدراسي لدى طلاب الجامعة،** *مجلة كلية التربية، العدد ٢ ،ج ١ ، جامعة عين شمس.*
- غانم، زياد بركات (٢٠٠٥). **التفكير الإيجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة دراسة مقارنة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والتربوية.** دراسات عربية في علم النفس، العدد٤، المجلد (٣)، ص ٨٥-١٣٨.
- الغزي، أحمد(١٩٩٩): **الفروق بين مرضى الاكتئاب الخفيف و الأصحاء في أساليب مواجهة الضغوط النفسية.** رسالة ماجستير(غير منشورة)، جامعة الملك سعود، الرياض.
- فتحي، محمد (٢٠٠٢). **دعوة للإيجابية مع النفس والآخرين.** دار التوزيع والنشر الإسلامية، القاهرة.
- فراج، عثمان لبيب (١٩٩٦): **إعاقة التوحد: مشكلة التشخيص والكشف المبكر. مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق،** العدد (٤٦)، السنة الثالثة عشرة، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة.
- فراج، عثمان لبيب (٢٠٠١): **برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد. مجلة اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية،** العدد (٦٨)، السنة الثالثة عشرة- ديسمبر.
- فراج، عثمان لبيب (٢٠٠٢): **الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة تعريفها تصنيفها أعراضها تشخيصها أسبابها التدخل العلاجي.** المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة.
- فرج، محمود إبراهيم (١٩٩٢): **فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي في بعض مشكلات المراهقة لدى طلاب المرحلة الثانوية،** رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
- الفقي، إبراهيم (٢٠٠٤). **المفاتيح العشرة للنجاح.** ط (٢)، مؤسسة الخطوة الذكية، جدة.
- الفقي، إبراهيم (٢٠١٠). **التفكير السلبي والتفكير الإيجابي.** دار الراية للنشر والتوزيع، القاهرة.

- الفقي، إبراهيم (٢٠١١). **استراتيجيات التفكير**. دار الراية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- فنترلا، سكوت دبليو (٢٠٠٣). **قوة التفكير الإيجابي في الأعمال**. (ترجمة ناوروز أسعد)، مكتبة العبيكان، الرياض.
- الفوزان، محمد بن عبد العزيز (٢٠٠٠): **التوحد المفهوم التعليم التدريب مرشد الى الوالدين و المهنيين**. دار عالم الكتب للطباعة والنشر، الرياض.
- القحطاني، عبد الله بن محمد بن ناشي (٢٠٠٤): **مستويات الاحتراق النفسي والقلق والضغط النفسي لدى مديري المدارس الثانوية في القطاعين الحكومي والخاص في محافظة عمان الكبرى.** رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.
- القدسي، دانية صفوان (٢٠٠٥). **فاعلية برنامج في تنمية أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المكفوفين**. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس، مصر.
- القذافي، رمضان محمد (١٩٩٦): **سيكولوجية الإعاقة**. ط٢، الجامعة المفتوحة، مطبعة الانتصار، ليبيا.
- القذافي، رمضان (١٩٩٨). **الصحة النفسية والتوافق**، ط٣، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- قراقيش، صفاء (٢٠٠٦). **الضغوط النفسية لدى أولياء أمور أطفال التوحد واحتياجاتهم لمواجهة تلك الضغوط**، المجلة العربية للتربية الخاصة، العدد التاسع، ٢٠٩-٢١٤.
- القربوطي، يوسف وآخرون (١٩٩٥): **المدخل الى التربية الخاصة**. دار القلم، الإمارات العربية المتحدة.
- القريطي، عبد المطلب أمين (٢٠٠١): **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم**. ط٣، دار الفكر العربي، القاهرة.
- القريطي، عبد المطلب (١٩٩٨). **في الصحة النفسية**، دار النهضة العربية، القاهرة.
- القلا، فخر الدين وناصر، يونس (١٩٩٦). **أصول التدريس**. منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- قنديل، شاكر عطية (٢٠٠٠): **إعاقة التوحد، طبيعتها وخصائصها. المؤتمر السنوي نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة**، ٤- ٥ إبريل، كلية التربية، جامعة المنصورة، ص ص ٤٧ – ١٠٠.
- الكاساني، مراد أحمد(٢٠٠٠): **أثر ضغوط الوظيفية على الولاء التنظيمي: دراسة حالة معلمي المدارس الحكومية في محافظة الزرقاء**. رسالة ماجستير(غير منشورة)، جامعة آل البيت، عمان.

- الكاشف، إيمان فؤاد (٢٠٠١). **إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة.** دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
- كاظم، علي مهدي (٢٠١٠). **دلالات الصدق والثبات والمعايير للمقياس العربي للتفكير الإيجابي في البيئة العمانية.** المجلة الدولية للأبحاث التربوية، كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة، العدد (٢٨)، ص ٧٧-١٢٠.
- كامل، محمد علي (٢٠٠٣): **من هم ذوي الأويتزم؟ وكيف نعدهم للنضج؟.** مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- كفافي، علاء الدين (١٩٩٩): **الإرشاد والعلاج النفسي الأسري- المنظور النسقي الاتصالي.** دار الفكر العربي، القاهرة.
- كفافي، علاء الدين وعبد الحميد، جابر (١٩٩٣): **معجم علم النفس والطب النفسي.** ج٣، دار النهضة العربية، القاهرة.
- كينان، كيت (١٩٩٥). **تنظيم وتفعيل الذات.** (ترجمة محمود الحلبي)، الدار العربية للعلوم، الأردن.
- كينان، كيت(١٩٩٩): **السيطرة على الضغوطات النفسية.** ترجمة مركز التعريب والبرمجة، الطبعة الأولى، الدار العربية، بيروت.
- محمد، سعيد الخطيب جمال والحديدي، منى وأبو العلا، إيمان وإمام، إلهامي عبد العزيز (١٩٩٨): **مقدمة في الإعاقة السمعية.** دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- مجلي، شايع (٢٠١١). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية التربية بصعدة-جامعة عمران، مجلة جامعة دمشق، المجلد ٢٧، ملحق.
- المرزوقي، جاسم محمد عبد الله(٢٠٠٤): **الاحتراق النفسي لدى معلمي ومعلمات الثانوية في الإمارات العربية المتحدة في ضوء بعض التغيرات.** رسالة ماجستير(غير منشورة)، جامعة اليرموك، عمان.
- مريم، رجاء(٢٠٠٦): **فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض.** رسالة دكتوراه(غير منشورة)، كلية التربية، جامعة دمشق.
- مصطفى، وفاء محمد (٢٠٠٤). **حقق أحلامك بقوة تفكيرك الإيجابي.** دار بن حزم، بيروت.
- مظلوم، محمد (٢٠٠٩). **فاعلية برنامج إرشادي في خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات وأثر ذلك على توافق أطفالهن ضعاف السمع.** رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.

- المغدري، أحمد(٢٠٠٤): **استراتيجيات التكيف لضغوط بيئة السجن وعلاقتها بالأبعاد الأساسية للشخصية لدى السجناء في سلطنة عمان.** رسالة ماجستير(غير منشورة)، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.
- ملحم، نسرين (٢٠٠٧). مصادر ومستويات الضغوط النفسية واستراتيجيات التكيف معها لدى الأفراد المعوقين بصرياً وأسرهم في سوريا، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
- ملكوش، رياض ويحيى، خولة (١٩٩٥). **الضغوط النفسية والدعم الاجتماعي لدى أباء وأمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في مدينة عمان،** مجلة دراسات، المجلد ٢٢، العدد ٥٠، ٢٣٢٩-٢٣٤٦.
- مليكة، لويس .(1994) **العلاج السلوكي وتعديل السلوك، ط٢**، دار النهضة المصرية، القاهرة.
- منصور، رشدي فام (٢٠٠٠). **علم النفس العلاجي والوقائي رحيق السنين.** مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- منصور، رشدي فام ويوسف، ماجي وليم والشافعي، أحمد حسين (2001) .**مقياس الذكاء الفعال.** مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- موسى، رشاد علي عبد العزيز (٢٠٠٢): **علم نفس الإعاقة.** مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- المير، عبد الرحيم بن علي(١٩٩٥): العلاقة بين ضغوط العمل وبين الولاء التنظيمي والأداء والرضا الوظيفي والصفات الشخصية. **الإدارة العامة**، *المجلد(٣٥)، العدد(٢).*
- الوابلي، سليمان محمد سليمان(١٩٩٥): **الاحتراق النفسي ومستوياته لدى معلمي التعليم العالي بمدينة مكة المكرمة في ضوء مقياس ماسلك المعرب.** سلسلة البحوث التربوية النفسية، مكة المكرمة.
- وينج، لورنا (١٩٩٤): **الأطفال التوحديين مرشد للآباء.** (ترجمة هناء مسلم)، الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين، الكويت.
- يحيى، خولة (٢٠٠٣). **إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة**، دار الفكر، عمّان.
- يوسف، جمعة(٢٠٠٤): **إدارة ضغوط العمل ونموذج للتدريب والممارسة.** الطبعة الأولى، ايتراك، القاهرة.
- يوشيل وآخرون (٢٠٠٤): **الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.** ترجمة كريمان بدر، عالم الكتب، القاهرة.

مراجع الدراسة في اللغة الأجنبية

- Adams, J.(2005): An Instructional Guide For Reducing The Stress Of Hearing Parents Of Hearing Imparied Children. **American annuals of the deaf**, Vol (12), No (3).
- Adams, J. & Tidwall, R. (1987) : An instructional guide for reducing the stress of hearing parents of hearing impaired children"; **American annals of the deaf**., Vol. 12, pp. 333-338.
- Allen, R. J (2013): **Human Stress:** Its nature And control. Minnesota, Burgees publishing.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). **Diagonistic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4th Ed., DSM-IV, Washington, DC: APA.
- Atkinson, R. Atlinson, R. Smith, E. Bem, D. Hoeksema, S. (2000). **Introduction to Psychology**, U.S.A.: Harcourt College Publishers.
- Bateman,T . Crant, J.(1993). **The Proactive Component of Organizational Behavior**. Journal of Organizational Behavior. Vol. 14, pp. 103-114.
- Benjamin, B (2001), **Psychology**, 7th Ed. New York: McGraw Hill Companies.
- Biklen, D. (2002). Communication unbound: Autism and proxis, Harvard **Educational Review**, Vol. (60), pp. 10-20.
- Bostow, T. R (2009). Positive Thinking Reduces Heart Rate and Fear Responses to Speech -Phobic Imagery. **Perceptual and Motor Skills**, 75, 1067-1073.
- Boulevard, R. (2001): **Stress**.National Institute Of Mental Health.Bethesda, MD.
- Burack, J. (1994). Selective Attention Deficits in Persons with autism: Preliminary evidence of an inefficient attentional lens. **Journal of Abnormal Psychology**. Vol. (103), No. (3), pp. 30-43.
- Carpenturi & morgan (1996). Adaptive and intellectual functioning in autistic and no autistic retarded children, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. (26), No. (6), pp. 611-620.
- Carter, s., Davis, N.,(2008), **Parenting Stress in Mothers and Fathers of Toddlers with Autism Spectrum Disorders: Associations with Child Characteristics,** Journal of Autism Developmental Disorder (2008) 38:1278–1291
- Charles, E. A (2009): **Stress Managemant:** Acomprehensive guide to wellness. Houston biobehavioral publishers, Inc.
- Cohen, E. (1998): **Type Of Stressors That Increase susceptibility To The Common Cold In Healthy Adults.** Health Psychology.
- Cunningham, E., Brandon, C, Frydenberg, E. (2002). Enhancing **Coping Resources In Early Adolescence Through A School- Based Program Teaching Optimistic Thinking Skills. Anxiety, Stress and Coping**, Vol. 15, No.4, pp.369-381.
- Darling, D (1993). **Stress and Parenting Down Syndrome Today**, Institute of Basic Research in Developmental Disabilities, V (2), N (4), New York.

- Delias, T.(2006). **Possible Relations Among Congenital Blindness, Autistic Features and Maternal Interaction Style**. American Journal of Psychiatry, Vol. (121), pp. 114-141.
- Delongis, A (2008):The Empact Of Daily Stress On Health And Mood: Psycholoical and social resources as Mediators, **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol (54).
- Demyer, B. & Mcodoo, L. (1994). Prognosis in autism: A follow up study. **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia**, Vol. (3), pp. 199-240.
- Duarte, C., Bordin, I., Yazigi, L., Mooney, J., (2005): **Factors associated with stress in mothers of children with autism**, Autism journal , vol. 9 no. 4 416-427.
- Edelson, A. (1998). The autistic child in adolescence. American Journal of Psychiatry, Vol. (1112), pp. 607-612.
- Elbahnasawy, H., Girgis, N.,(2011): **Counseling for Mothers to Cope with their Autistic Children**, Journal of American Science, 2011;7(7).
- Ellis, A, & Abrams, M. (1994**). Rational emotive behavior therapy in the treatment of stress management.** British Journal of Guidance Counseling, 22, 39-50.
- Ellis, K. (1990). **Professional perspective and practice**. London: Chapman & Hall.
- Estes, A. Munson, J. Dawson, G. Koehler, E. Hua Zhou, X. Abbott, R. (2009). **Parenting Stress and Psychological Functioning Among Mothers of Preschool Children With Autism and Developmental Delay**. Journal of Autism, vol. 13 no. PP. 375-387.
- Farber, H. (1999). **Stress and Adaptation in Families of Children with Disabilities.** Journal of psychology, Vol. (14), No. (6), pp. 6-21.
- Feldman, R (2009): **Adjustment Applying Psychology In Acomplex Word.** McGrow-Hill, Newyork.
- Folkman, S (2004): Control Stress And Coping Processes. ATheoretical analysis, **Journal of personality and social psychology**, Vol (46), No(4).
- Frank .K. (2001): **Stress And Health.** http://www.cpmcnet.columbia.edu/texts/guide/hmg40-0008.html.
- Ganzalea L. (1997). Social skills training to increase social interactions between children with autism and their typical peer. **Journal Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, Vol. (12), No. (1), pp. 2-14.
- Gray DE.(2006)."Coping over time: the parents of children with autism".**Journal of Intellectual Disability Research**, Vol(50), Issue (12),pp.(970-976).
- Gilbert, J. Orlick, T (2002).**Teaching Skills for Stress Control and Positive Thinking to Elementary School Children.** Journal of Excellence Issue No. 7.pp. 54-66.
- Gillson, (2000). **Autism and social behavior Bethesda M.D**., Autism Society of America.
- Hallahan, D. & Kauffman, J. (2004**). Exceptional Children Introduction to Special Education**, (9th ed.), George Bellerose Stock, Boston.

- Hartzel, G.(2000). **Being Proactive**. Book Report Journal. Issue5, Vol. 18.
- Hasting, R. Johnson, E (2001). **Stress in UK Families Conducting Intensive Home—Based Behavioral Intervention For Their Young Child With Autism** . Journal of Autism and Developmental Disorders.Vol.31, No.3. p327-336. http://www.amwa- doc.org/Publications/Wchealthbook/stressamwch09.html.
- Hill.F., Newmark. R., and Le Grange. L. (2003). Subjective perceptions of stress & coping by mothers of children with an intellectual disability: a needs assessment.International**. journal of special education**. 18(1): 36-43
- Jackon, R. (1990). **The Relationship Between Family Environment and Psychological Distress in Visually Impaired Adults**, Dissertation, United States, California, P. 144.
- Johnson, D. & Sutton, P. & Harris, N. (2002). Extreme Programming Requires Extremely Effective Communication: Teaching Effective Communication Skills to Students in an IT Degree. **Information Environments Program, School of CS&EE**, The University of Queensland, Australia, 81-84.
- Jordan, R. (1995)**. Understanding and teaching children with autism**. New York: Chichester-Wiley.
- Kahn ,H ;Cooper,L (2013): **Stress In The Dealing Room: High Performers Pressure.** London. Routledge.
- Lauthans, F(2010): **Organizational Behavior**.(4th) Ed, New York, McGrow-Hill, Book Co.
- Laux, L; Vossell, G (2012): **The Theoretical And Methodological Issues In Achievment Related Stress And Anxiety Research.** Hemisphere publishing corporation.
- Lazarus, R; Folkman, S (2008): **Stress:** Appraisal And Coping. Springer publishing company, New york.
- Lazarus, S (2006): **Adjustment And Personality.** Mc&Now Hill, New york.
- Leats, C; Stolar, W(1993): **Career Success Personal Stress.** McGraw-Hill. Inc. Library Of Congress Cataloging In Publication Data.
- Leyser, y. (1996): **Stress and Adaptation in Families of Children with Visual Disabilities- Families in Society**, Apr., Vol 77 (4): 240-249.
- Lee, G., (2009), **Parents of Children with High Functioning Autism: How Well Do They Cope and Adjust?** Journal of Developmental Physical Disability, 21:93–114.
- Long, B. (2008): Work-Related Stress And Coping Strategies Of Professional Women. **Journal of Employment Counseling**, Vol (25), No (1).
- Maurizio, H. (2004). Physical, Mental and Social Factors Affecting Self-Rated Verbal Communication among Elderly Individuals. **Geriatrics and Gerontology International**, (4), 100–104**.**
- Mcdonald, T & Gregoire, K**, (1997**). **Building a model of family caregiving for children with emotional disorders**. Journal of Emotional Behavioral Disorders,Vol.5. Issue 3,. 138-149.

- Melnyk, B (2001). **Coping in Parents of Children Who are Chronically ill**. Strategies for Assessment and Intervention, Journal of Pediatric Nursing, V (27), N (6).
- Menegham, E (2012): **Individual Coping Efforts Moderators Of Relationship Between Lif Stress And Mental Health Out Comes In Education.** Academic pressing, New york.
- Moore, R.H (2003):**Traumatic Incident Reduction.** Acognitive Emotive Treament Of Post Traumatic Stress Disorder. Sage Publictions. London. New Delhi .
- Morriss, C (2000): **Contemarary Psychology And Effective Behavior.** Harpure Collins Publishers. U.s.A.
- Nelson, R. & Israel, A. (1991). **Behavior Disorders of Childhood**, 2nd ed, New York: Prentice Hall Inc.
- O'Gorman, B. (1990). **The Nature of Childhood autism**. 2nd , London, Butter Worths.
- Rao,A, Beidel, D.(2009)**.The Impact of Children with High-Functioning Autism on Parental Stress, Sibling Adjustment, and Family Functioning,** Journal of Behaviour Modification , vol. 33, no. 4, pp. 437-451.
- Romanczyk, P. (1991). Play interactions family members towards children with autism, **Journal of Autism and Developmental Disorders**, Vol. (9), No. (3), pp. 1-10.
- Rutter, M. (1998). Language disorder and infantile autism. In M. Rutter & E. Schopier (Eds.). **Autism are Appraisal of Concepts and Treatment**, New York: Plenum Prss.
- Schafer, W (2002): **Stress Management For Wellness.** Harcourt Brace Jovanovich College Publisher.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1993). On the Power of Positive Thinking: the Benefits of Being Optimistic. **Current Direction in Psychological Science,** Feb 2, (1), 26 -30.
- Seaward, B (1999): **Managing Stress.** Principles And Strategies For Health And Wellbeing. Jons And Bartltt Publishers, Boston.
- Shash, A, (1993). Why do autistic individuals superior performance on the block design task ? **The Journal of Child psychology and Psychiatry and allid disciplines**, Oxford: Pergamon Press, Vol. (34), No. (8), p. 23-35.
- Shottok, P. (1999), Secretin the current solution, paper from net, **http://www.feat.org**.
- Siders, T (2007): The Effects Of Oriented Stress Management Training On Self-Report Of Stress In Hospital Employees. The University of Iowa, U.S.A.
- Singhal, N., (2010). **Parents of Children with Autism: Stresses and Strategies**, Paper presented at the International Meeting for Autism Research (IMFAR), Philadelphia, USA.
- Spurlock, J (2002). **How Stress Affects Body.** , lawn: Pergamon Press, Vol. (22), No. (9), p. 23-35.

- Stacey, M.(2004). **The relationship between behaviours exhibited children with autism and maternal stress.** Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. (11), No. (5), pp. 20-30.
- Stephen,W (2007). **Managing Pressure For Peak Per-Formance:** The positive approach to stress. Kogan.
- Stewart, A. J (2006). **Longitudinal Studies Of psychological Consequences of Life Changes In Children And Adults.** Journal Of Personality And Social Psychology.
- Stolarski, V. (1991). **Stress Levels Experienced by Family Members of Visually Impaired Children and Multi -Disabilities**, United States, New York, P 171.
- Stone, J.(1988), **Special Needs In Ordinary Schools** , British: Library Cataloguing.
- Tomanik, S., Harris, G., and Hawkins, J. (2004**). The relationship between behaviours exhibited children with autism and maternal stress.** Journal of Intellectual and Developmental Disability, Vol. 29, No. 1 , Pages 16-26.
- Treavarthen, C. (1996). **Children with Autism Diagnosis and Intervention to meet their needs**. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Trenpaypier (1996). A possible origin for the social and communicative deficits of autism, **Focus on Autism and Developmental Disorders**, Vol. (11), No. (3), pp. 2-13.
- Tükel, D. Günal, A. Bumin, G. (. 2008).**Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled Children**, Týp Fak. Derg:15(1), pp.6-11
- Tunali, B., Power, Th., (2002), **Coping by Redefinition: Cognitive Appraisals in Mothers of Children With Autism and Children Without Autism,** Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol. 32, No. 1.
- Whiteley, P. (2003). Gluten/Casen Free Diet Evaluation Questionnaire, Autism Research Unit, University of Sunderland, pp. 1-4.
- Wolf, S. (2005**). Psychiatric Disorders of Childhood in kendell, R. E. and Zeally, A. K. (Eds.) Companion to psychiatric Studies**, London disciplines, Oxford: Pergamon Press.
- Wzorek, M. (1994). Script representation of event knowledge in high functioning individuals with autism. **Dissertation Abstracts International**, Vol. (55), No. (4), pp. 205-225.
- Yearley, L.H., (1993) .**Mencius and Aquinas :Theories of Virtue and Conceptions of Courage** .Albany, NY, State University of New York Press.
- Ysseldyke, J.& Algozzine, B.(1990). **Introduction to Special Education**. Boston: Houghton Mifflin.
- Zonalli, K. & Degett, J. (1998). The effects of reinforcement rate on the spontaneous, **Social Initiations of Socially with Drown Preschoolers**. pp. 17-25.
- http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F8,download,10.6.2014

ملاحق الدراسة

- الملحق (١) قائمة بأسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة.
- الملحق (٢) مقياس التفكير الإيجابي في صورته النهائية.
- الملحق (٣) مقياس الضغوط النفسية في صورته النهائية
- الملحق (٤) جلسات البرنامج التدريبي

الملحق رقم (١)

قائمة بأسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة

م	الاسم	الاختصاص العام والدقيق	الوظيفة	المكان	الأداة المحكّمة
1	د. دانيا القدسي**	تربية خاصة	أستاذ مساعد في قسم التربية الخاصة	جامعة دمشق	البرنامج التدريبي +المقاييس
2	د. رجاء عواد***	تربية خاصة	مدرّسة في قسم التربية الخاصة	جامعة دمشق	البرنامج الندريبي فقط
3	د. رنا قوشحة*	القياس والتقويم (قياس قدرات عقلية)	مدرّسة في قسم القياس والتقويم	جامعة دمشق	المقاييس فقط
4	د.ضحى عبود**	إرشاد متفوقين	مدرّسة في قسم الإرشاد النفسي	جامعة دمشق	البرنامج التدريبي + المقاييس
5	د.عالية الرفاعي*	تربية خاصة	مدرّسة في قسم التربية الخاصة	جامعة دمشق	البرنامج التدريبي +المقاييس
6	أ.د. فاروق الروسان**	تربية خاصة	أستاذ في قسم الإرشاد والتربية الخاصة	الجامعة الأردنية	البرنامج التدريبي +المقاييس
7	د. كمال نزّال**	إرشاد نفسي وتربوي	أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي والتربوي	جامعة إربد	البرنامج التدريبي +المقاييس
8	د. علي كاظم**	القياس والتقويم	أستاذ مشارك في قسم علم النفس	جامعة السلطان قابوس	البرنامج التدريبي +المقاييس

الملحق رقم (٢)

مقياس مهارات التفكير الإيجابي في صورته النهائية

التعليمات:

عزيزتي الأم:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تصف بعض أساليبنا في التفكير في المواقف الاجتماعية، وقد تمّ وضع هذه العبارات ضمن بنود يتكوّن كل بند منها من عبارتين (أ) و (ب)، نرجو منكِ قراءة كل عبارة منهما واختيار إحداها، ضعي دائرة أو علامة على العبارة التي تجدين أنها تتفق معكِ واتركي العبارة التي لا تناسبك دون أية علامة.

يرجى الانتباه إلى أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، لذا نرجو أن تعكس إجاباتك طريقة تفكيرك في الأمور كما تعبر عنها أي عبارة تختارينها من العبارتين.

يرجى عدم وضع أكثر من علامة واحدة أمام كل عبارة، وعدم ترك أية عبارة دون إجابة.

أؤكد لكِ أنّ إجاباتك ستعامل بسرية تامة ولن يطّلع عليها أحد. لذا نأمل أن تكون إجاباتكِ صادقة وصريحة شاكرين تعاونك معنا.

ملاحظة: كلمة طفلك الواردة في البنود تعني طفلك التوحدي.

الباحثة

البيانات الأساسية :

- اسم الأم:
- عمر الأم:

البند	العبارة	بدائل الإجابة	
	التوقعات الإيجابية والتفاؤل	(أ)	(ب)
١	(أ) أعتقد أن مستقبل طفلي سيكون أفضل . (ب) لا أرى في مستقبل طفلي ما يدعو للتفاؤل.		
٢	(أ) أعتقد أني محظوظة. (ب) أعتقد أني سيئة الحظ.		
٣	(أ) أنا شخص متفائل. (ب) أنا شخص متشائم.		
٤	(أ) لا تشكّل الأحداث السيئة التي مرّت في حياتي عائقاً في وجهي. (ب) الأحداث السيئة التي مرت في حياتي ستترك آثارها للأبد.		
٥	(أ)أعتقد أنّ طفلي في تقدم مستمر. (ب) أعتقد أن تطور طفلي محدود مهما قدمت له.		
٦	(أ) ببعض الجهد سأجعل مستقبل طفلي أفضل. (ب)مهما اجتهدت لن أتمكن من تغيير مستقبل طفلي نحو الأفضل.		
٧	(أ) لا اشعر بالخوف عندما أفكر في مستقبل طفلي. (ب) تراودني مشاعر خوف عندما أفكر في مستقبل طفلي		

	الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	(أ)	(ب)
٨	(أ) طفلي أعطى حياتي صبغة إيجابية. (ب) طفلي جعل حياتي كئيبة.		
٩	(أ)استطيع تغيير أفكار الآخرين نحو إعاقة طفلي. (ب) لا أستطيع تغيير أفكار الآخرين السلبية عن طفلي.		
١٠	(أ)أستطيع تمالك نفسي عند الغضب (ب)لا استطيع تمالك نفسي عندما أغضب.		
١١	(أ) أستطيع التغلب على قلقي في أغلب الأوقات. (ب) أشعر بالقلق معظم أوقات حياتي اليومية.		
١٢	(أ) أتسامح مع الآخرين عندما يخطئون في حقي. (ب) لا أغفر لشخص ما أخطأ في حقي.		
١٣	(أ)استطيع ضبط انفعالاتي عندما يتم استفزازي. (ب) تنفلت انفعالاتي مباشرة حال استفزازي.		
١٤	(أ) أتصرف بحكمة عند انفعالي. (ب)أنا شخص انفعالي وسريع الغضب.		
١٥	(أ) أغضب لأسباب محددة ومنطقية دون أن أثور. (ب) تصيبني نوبات غضب شديدة تجعلني أحطم ما أجده أمامي.		
	حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي	(أ)	(ب)
١٦	(أ) أحاول أن أتعرف على نقاط ضعفي كي أتجنبها لاحقاً. (ب) لا تهمني معرفة نقاط ضعفي لأنها ستزيد من إحساسي بالضعف.		
١٧	(أ) استطيع أن أجعل الآخرين يحبونني (ب) رضا الناس غاية لا أستطيع تحقيقها.		

١٨	(أ) إذا فشلت مرة فإني أستمر في المحاولة حتى أنجح. (ب) إذا فشلت مرة فسأفشل كل مرة ولا داعي للاستمرار في المحاولة.		
١٩	(أ) أنا قادرة على جعل حياتي سعيدة بالخبرات التي أكتسبها. (ب) حياتي مملة وكئيبة ولن أتمكن من تغييرها إلى الأفضل مهما اكتسبت من خبرات.		
٢٠	(أ) لا أنزعج من وجود أشخاص لا يحبونني. (ب)أنزعج بشدة عندما أعرف أن البعض لا يحبني.		
٢١	(أ) أكون قادرة على التعامل بنجاح مع طفلي اذا ساعدني مختصون . (ب) أبقى غير قادرة على التعامل مع طفلي مهما ساعدني الآخرون.		
٢٢	(أ)تطور طفلي مرهون بعملي معه ومدى التدريب الذي يأخذه. (ب)تطور طفلي محدود مهما تلقى من تدريب.		
٢٣	(أ)يمكنني تقديم المساعدة الضرورية لطفلي، حال توسع معارفي حول ذلك. (ب)توسيع معارفي في موضوع التوحد لن يؤثر في طريقة مساعدتي طفلي.		
٢٤	(أ) يمكننا التغلب على ما قد يعترينا من قلق ومخاوف. (ب) القلق أمر فطري لا يمكن مقاومته مهما بذلنا لعلاجه.		
٢٥	(أ) أعتقد أن الإرشاد النفسي يساعد على تحسين وضعي إلى الأحسن. (ب) أعتقد أن الإرشاد النفسي غير مفيد في حل مشكلاتي.		
	تقبل الذات غير المشروط	(أ)	(ب)
٢٦	(أ) وجود طفل توحدي لدي لا يشعرني بالخجل. (ب) أشعر بخجل شديد عندما يعرف الآخرون أن طفلي توحدي.		
٢٧	(أ) حياتي مهمة حتى ولو لم أحقق كل ما أطمح إليه. (ب) حياتي لا معنى لها إن لم تكن مليئة بالإنجازات.		

٢٨	(أ) التعرض للفشل في بعض الأمور لا يزعجني. (ب) الفشل شيء لا أستطيع تحمّله .		
٢٩	(أ) لدي الكثير من الصفات الجيدة في شخصيتي. (ب) لدي الكثير من الصفات السيئة في شخصيتي.		
٣٠	(أ) من حقي أن أفكر في مصلحتي الخاصة (ب)من الأنانية أن نفكر في مصالحنا الشخصية		
٣١	(أ) أنجزت وسأنجز كثيرا من الأشياء المهمة في الحياة. (ب) لا أشعر بالرضا عما فعلت في حياتي حتى الآن.		
٣٢	(أ) أنا متسامح مع نفسي ولا ألومها كثيراً. (ب) أشعر دائما بالذنب والخطأ لدرجة تفسد علي أي متعة.		
٣٣	(أ) أتقبل ذاتي دون شكوى. (ب) ألوم نفسي دائماً وأحاسبها بشدة.		
٣٤	(أ) تزعجني انتقادات الآخرين لطريقة تربيتي طفلي. (ب) انتقاد الآخرين طريقة تربيتي طفلي لا تهمني.		
٣٥	(أ) أتقبل نفسي حتى لو تعرضت لنقد الآخرين. (ب) النقد الشديد يزعجني.		
	المجازفات الإيجابية	(أ)	(ب)
٣٦	(أ) النجاح في الحياة لا يتم دون مجازفات. (ب)النجاح في الحياة يتطلب الحذر والترقب.		
٣٧	(أ) أميل إلى إيجاد أكثر من حل لما يعترضني من مشاكل تتعلق بطفلي. (ب)أميل إلى استخدام الحلول المجربة والتقليدية لحل ما يعترضني من مشاكل تتعلق بطفلي.		

٣٨	(أ)أفضل التعامل مع الأشخاص المختلفين في آرائهم وأفكارهم (ب)أفضل التعامل مع الأشخاص العاديين والبسطاء		
٣٩	(أ)احب أن أمضي إجازتي في أماكن جديدة وغير مألوفة. (ب)أحب أن أمضي إجازتي في أماكن مألوفة زرتها من قبل.		
٤٠	(أ) أصدقائي المقربون يختلفون عني كثيراً (في العمر، في الوضع الاجتماعي، المهنة) (ب) أصدقائي المقربون يشبهونني في أشياء كثيرة (في العمر، في الوضع الاجتماعي، المهنة).		
٤١	(أ)أفضّل إبداع طرق جديدة في التعامل مع طفلي التوحدي. (ب)أفضّل استخدام الطرائق المألوفة والروتينية في التعامل مع طفلي التوحدي.		
	القدرة على تحمل المعاناة	(أ)	(ب)
٤٢	(أ)جهودي مع طفلي ستثمر لاحقاً. (ب)جهودي مع طفلي ضائعة تماماً.		
٤٣	(أ)أستطيع التغلب على إعاقة طفلي. (ب)يصعب علي التغلب على إعاقة طفلي أو حتى التعايش معها.		
٤٤	(أ)تطور طفلي حتى لو كان بطيئاً يجعلني سعيدة. (ب)تطور طفلي البطيء يجعلني محبطة وتعيسة.		
٤٥	(أ)أبذل كل مافي وسعي حتى يتحسن طفلي. (ب)أبذل كل مافي وسعي حتى يتحسن طفلي ولكن دون جدوى.		
٤٦	(أ)إعاقة طفلي سببت لعائلتنا صعوبات استطعنا التغلب عليها. (ب) إعاقة طفلي سببت لعائلتنا الكثير من المعاناة التي لا نقوى على احتمالها.		
٤٧	(أ)وجود طفل توحدي لدي يجعلني ألجأ إلى حلول كثيرة (التأهيل، اللجوء إلى الأصدقاء، اللجوء إلى الله) (ب)وجود طفل توحدي لدي يجعلني أفكر في الانتحار.		

٤٨	(أ) أواجه إعاقة طفلي برضا تام. (ب) ألجأ للنوم أو التدخين هرباً من إعاقة طفلي.		

الملحق رقم (٣)

مقياس الضغوط النفسية في صورته النهائية

التعليمات:

عزيزتي الأم :

بين يديكِ مقياس وضع للتعرف على مصادر الضغوط النفسية ومستوياتها لديك، والتي سببتها إعاقة طفلك التوحدي، وهذا المقياس يغطي جوانب متعددة. يرجى منك قراءة فقرات المقياس جيداً والإجابة عنها بالشكل الذي تجدينه ممثلاً لرأيك، علماً أن الإجابات كلها تعامل بسرية تامة وهي حصراً لأغراض البحث العلمي، لذا فإن تعاونك معنا يفيدنا إلى حدٍ بعيد، ونعتمد عليه لتطوير العديد من الأبحاث.

يرجى الانتباه إلى أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فإذا وجدتِ أن الفقرة تنطبق عليك تماماً الرجاء الإجابة بنعم، وفي حال وجدتِ أن الفقرة تنطبق عليكِ نوعاً ما الرجاء الإجابة بـــ أحياناً، وإذا لم تنطبق أبداً الرجاء الإجابة بـــ لا ، وعدم ترك أية عبارة بدون إجابة.

نأمل أن تكون إجاباتكِ صادقة وصريحة شاكرين تعاونك معنا.

البيانات الأساسية :

- **اسم الأم:**

- **عمر الأم:**

العبارة	نعم	أحياناً	لا
الأعراض الجسمية والنفسية للضغوط النفسية.			
١- أشعر بالإحباط وعدم الرغبة في الحياة.			
٢- أشعر بفقدان الشهية وعدم الرغبة في تناول الطعام.			
٣- أشعر بآلام جسدية لا أعرف سببها.			
٤- أعاني من النسيان بشدة.			
٥- أعاني من اضطرابات في الهضم.			
٦- أشعر بقلق معظم الوقت دون مبرر.			
٧- أشعر بالتعب والإرهاق.			
٨- أعاني من الصداع كثيراً.			
٩- أبكي كثيراً لأتفه الأسباب.			
١٠- أعاني من الأرق وصعوبة النوم.			
١١- أشعر بالكسل والخمول.			
١٢- أعاني من ضعف في التركيز خلال أعمالي اليومية.			
الضغوط النفسية الناجمة عن رعاية الطفل التوحدي وتلبية احتياجاته.			
١٣- يتطلب تدريب طفلي الكثير من الوقت والجهد.			
١٤- رعاية طفلي أصعب من رعاية أخوته.			
١٥- أشعر بصعوبة التوفيق بين واجباتي اليومية وواجبات رعاية طفلي التوحدي.			
١٦- أخصص أغلب وقتي لتلبية حاجات طفلي.			

١٧- إعاقة طفلي تحمّل إخوته أعباء زائدة.			
١٨- يتطلب طفلي التوحدي رعاية من قبل أفراد الأسرة جميعاً.			
١٩- يشعر أولادي الآخرون بالغيرة من أخيهم المعوق.			
٢٠- يحرم بقية أعضاء الأسرة أنفسهم من أشياء مختلفة بسبب إعاقة طفلي.			
٢١- جو أسرتنا متوتر دائماً بسبب إعاقة طفلي.			
٢٢- بدأ زوجي يقضي وقتاً أطول خارج المنزل منذ اكتشافنا إعاقة طفلي.			
الضغوط النفسية الناجمة عن الخوف من المستقبل			
٢٣- أشعر بالقلق عندما أفكر في مستقبل طفلي.			
٢٤- أخشى ألا يحصل طفلي على عمل في المستقبل.			
٢٥- أخشى أن تزيد متطلبات رعاية طفلي في المستقبل.			
٢٦- أخاف أن أنجب طفلاً آخر لديه توحد.			
٢٧- أعتقد أن طفلي لن ينجح في حياته كأقرانه وأخوته.			
٢٨- أعتقد أن طفلي لن يكون قادراً على العيش باستقلالية في المستقبل.			
٢٩- يؤلمني أن طفلي سيبقى على هذه الحال طوال عمره.			
٣٠- أخشى على طفلي بعد مماتي.			
٣١- أشعر بالقلق عندما أفكر بما يجب فعله مع طفلي عندما يكبر.			
٣٢- أعتقد بأن الجهود المطلوبة للعناية بطفلي تتزايد مع مرور			

الوقت.			
الضغوط النفسية الناجمة عن الضغوط الاجتماعية			
٣٣- يتجنب أبناء الجيران التعامل مع طفلي.			
٣٤- لا يتقبل زوجي إعاقة طفلنا.			
٣٥- لا يتقبل أولادي الآخرون إعاقة أخيهم .			
٣٦- لا يوجد في المجتمع خدمات كافية لولدي التوحدي.			
٣٧- اشعر بالضيق عندما تنظر صديقاتي إلى طفلي بشفقة.			
٣٨- يخاف أقربائي على أطفالهم من مشكلات طفلي.			
٣٩- أشعر بالإحراج عندما يرافقني طفلي إلى مكان عام.			
٤٠- يزعجني عدم وجود مراكز تأهيل كافية لطفلي.			
٤١- أحتاج إلى الدعم والمساندة من الآخرين.			
٤٢- أتمنى وجود صديقة لي أشكو لها همومي حول طفلي.			
٤٣- يزعجني عدم تفّهم الآخرين إعاقة طفلي.			
٤٤- يزعجني عدم وجود قوانين خاصة تدعم الأفراد التوحديين.			
٤٥- أتمنى وجود خدمات إرشاد متخصصة.			
٤٦-أشعر بالخجل عندما يسألني الآخرون عن وضع طفلي.			
الضغوط النفسية الناجمة عن الأعباء المالية			
٤٧- أحتاج إلى المساعدة المالية من جهات مختلفة لتأمين احتياجات طفلي.			

٤٨- تتطلب إعاقة طفلي أعباء مالية لا نقدر عليها			
٤٩- نحتاج إلى إمكانات مادية أفضل لتحسين وضع طفلي.			
٥٠- يزعجني عدم وجود دعم مادي لأسر الأطفال التوحديين.			
٥١- نعتمد على مورد دخل إضافي لتأمين احتياجات طفلنا.			
٥٢- تتطلب رعاية طفلي الطبية أموالاً كثيرة.			
٥٣- أفكر دائماً بكيفية تأمين أموال لسدّ احتياجات طفلي.			

الملحق رقم (٤)

جلسات البرنامج التدريبي القائم على بعض مهارات التفكير الإيجابي في خفض مستوى الضغوط النفسية لدى أمهات أطفال التوحد

الجلسة الأولى: جلسة تعارف شخصي وتعريف بالبرنامج.

فنيات الجلسة: المحاضرة والمناقشة الجماعية والتغذية الراجعة.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة:

١- إجراء تعارف بين الباحثة والأمهات المشاركات في البرنامج.

٢- إعطاء شرح عن أهداف البرنامج .

٣- توضيح نظام البرنامج من حيث عدد الجلسات ومواعيدها ومدة كل جلسة، والتأكيد على أهمية الالتزام بالحضور وضرورة المشاركة الفاعلة في البرنامج من حيث التفاعل داخل الجلسات وتنفيذ الواجبات المنزلية.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٥) د الاستقبال والترحيب وإجراء التعارف بين الباحثة وأفراد المجموعة.	تستقبل الباحثة الأمهات المشاركات في قاعة للمحاضرات في المنظمة السورية للمعوقين آمال، ويتم توزيع المشاركات بشكل دائري وذلك لتحقيق التواصل البصري بين أفراد المجموعة، تبدأ الباحثة بالترحيب بالمشاركات والتعريف بنفسها وتقول أنا الباحثة .... أرحب بكن في أولى جلسات برنامجنا التدريبي الذي سيساعدكن على التفكير بطريقة إيجابية بهدف التخلص من ضغوطكن النفسية المرتبطة بإعاقة أطفالكن. ثم تطلب الباحثة من كل واحدة من الأمهات أن تعرّف بنفسها وعملها وهواياتها، وما سبب اشتراكها في هذا البرنامج وذلك بهدف خلق جو من الألفة بين المشاركات ومساعدتهن على التواصل الفعال.
الإجراء الثاني (٤٠) د إعطاء شرح عن البرنامج وأهدافه.	*تقوم الباحثة بتوضيح طبيعة البرنامج بالقول إنَّ هذا البرنامج يستخدم أسلوب الإرشاد الجماعي نظراً لاشتراك مجموعتنا الحالية في العديد من الخصائص وأهمها وجود طفل توحدي لدى كل أسرة، حيث أنّ هذا الأسلوب فعّال في معالجة العديد من المشكلات التي يعانيها الأفراد في حياتهم اليومية ومن أهمها الضغوط النفسية، وإنّ وجود مجموعة من الأفراد لديهم نفس المشكلة مع بعضهم وتفاعلهم واستماعهم إلى مشكلات بعضهم يساعد في التخفيف من حدّة المشكلات التي يعيشونها.
	*توضح الباحثة للمشاركات أن أهداف البرنامج هي كالتالي: ١- خفض مستوى الضغوط النفسية. ٢-تعليم فنيات جديدة في التفكير تساهم في خفض مستوى الضغوط النفسية

	لديهن. ثم تقوم الباحثة بتسجيل أية أهداف إضافية تطرحها المشاركات. *كما تشرح الباحثة للأمهات المشاركات بأننا سنقوم بالتدريب على فنيات للتفكير الإيجابي في كل جلسة وسنقوم بالتدرب على تنفيذها من خلال الواجبات المنزلية التي تفصل بين كل لقاءين، حيث تقوم كل أم بتسجيل ملاحظاتها اليومية حول إيجابيات وسلبيات المهارة.
الإجراء الثالث (٣٠) **عوامل نجاح البرنامج الإرشادي:** **١-السرية**	*تشرح الباحثة للأمهات المشاركات أننا سنتحدث في البرنامج عن أشياء وأحداث نعيشها في حياتنا اليومية، وقد تكون هذه الأشياء أموراً خاصة جداً بالنسبة لكل فرد منا، لذا لابدّ لنا من احترام خصوصية الآخرين ومراعاة أن ما يتم الحديث فيه خلال الجلسات هي أشياء سرية يجب أن تبقى خلال الجلسة ولا يجوز الحديث عنها خارج إطار الجلسة.
٢-المواظبة والحضور. **٣-مواعيد الجلسات.**	٢-تؤكد الباحثة للمشاركات أنَّ العامل المهم في نجاح البرنامج واستمراريته هو مدى الالتزام بالحضور، فجلسات البرنامج مرتبطة ببعضها والانقطاع عن إحداها يؤثر سلباً في الاستفادة من البرنامج ككل. *تشرح الباحثة أنّ البرنامج يتكون من (٢٢) جلسة بمعدل جلستين أسبوعياً تستمر كل جلسة ساعة ونصف تتخللها استراحة لمدة ربع ساعة، وستجري في إحدى قاعات منظمة آمال.
	استراحة لمدة ربع ساعة
الإجراء الخامس الختام **٥ د**	تقوم الباحثة بتوجيه الشكر إلى المشاركات وتذكرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية : معنى الضغط النفسي وآثاره السلبية.

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- تزويد المشاركات بمعلومات عن الضغط النفسي .

٢- توضيح الآثار الناتجة عن الضغط النفسي وما يتركه من تأثيرات في صحة الفرد النفسية والجسدية.

٣- توضيح الفرق بين الضغط النفسي الإيجابي والضغط النفسي السلبي، من خلال إعطاء أمثلة توضيحية عن كل منهما.

٤- التعرف على أفكار الأمهات حول الموضوع المطروح.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٣٠) د توضيح مفهوم الضغط النفسي.	ترحب الباحثة بالأمهات المشاركات وتشكر حضورهن والتزامهن بالوقت المحدد، وتبدا الجلسة بتوجيه سؤال للمشاركات: هل سبق لكِ أن شعرتِ بعدم القدرة على القيام بعمل كنتِ تنجزينه من قبل بيسر وسهولة دون سبب ظاهر؟ هل شعرتِ برغبة في عدم مقابلة الناس أو عدم الإجابة على اتصالاتهم الهاتفية؟ هل شعرتِ بصداع أو بآلام جسدية لا تعرفين لها مبرراً؟ هل شعرتِ بالضيق النفسي والكآبة والإحباط؟ من منا لم يشعر بمثل هذه الأشياء سابقاً؟ وتستمع الباحثة لإجابات الأمهات قبل أن تضيف: إنّ كل ما سبق ذكره يدل على تعرض الفرد للضغط النفسي، إنّ حياتنا اليومية تحوي العديد من الضغوط النفسية التي تعدّ أمراً شائعاً ولا بدّ من وجوده، وسنركز في هذا البرنامج التدريبي على الضغوط النفسية التي تتعرضن لها في حياتكن بسبب وجود طفل توحدي لديكن. وتستكمل الباحثة الشرح بالقول: سنبدأ بالتعرّف على الضغط النفسي الذي هو حالة من عدم التوازن النفسي أو الجسمي وينجم عن عوامل عديدة مثل القلق والغضب والاكتئاب.

	ويحدّ من قدرة الفرد على القيام بأعماله وواجباته على الوجه الأكمل، ويتسبب الضغط النفسي كما هو معروف بالعديد من المشاكل الصحية والأمراض كارتفاع ضغط الدم، وأمراض الجهاز الهضمي. ومشكلات سلوكية كالإدمان والتدخين، ومشكلات اجتماعية كالانسحاب والعزلة، ومشكلات نفسية كالاكتئاب والقلق. وتؤكد الباحثة أنَّ كل فرد منا يتعرض لمواقف ضاغطة تثير الضغط النفسي، وحتى الأنبياء والرسل تعرضوا لأحداث ومواقف ضاغطة. وتتابع :بأننا نقصد بالضغط النفسي ما يحدث عندما يواجه الفرد مشكلة أو موقفاً ضاغطاً يتجاوز قدراته وإمكانياته في التعامل مع الموقف. مما يجعله يشعر نتيجة ذلك بالانزعاج وعدم الراحة والقلق وعدم الأمان... حيث أنه حرمان يثقل كاهل الفرد نتيجة مروره بخبرة غير مريحة كالمرض المزمن وفقدان المهنة والصراع الزواجي. ويتمثل في عدم القدرة على مواجهة التحديات أو القيام بالمسؤوليات المطلوبة من الفرد.
الإجراء الثاني(١٠) د الآثار المختلفة للضغوط النفسية	وتتابع الباحثة بذكر أمثلة من الواقع كوجع المعدة الناتج عن التوترات المختلفة، الصداع النصفي الذي يترافق مع حالات التوتر النفسي، أو حالات مرض أحد أبناء الأسرة .... ثم تطلب الباحثة من المشاركات ذكر أمثلة واقعية من حياتهن اليومية. ثم تنتقل الباحثة إلى الآثار المختلفة التي تتركها الضغوط النفسية وتشرحها على الشكل التالي: ١-الآثار النفسية: مثل التوتر المستمر، القلق، الإحباط، الانسحاب، الهروب، الإحساس بالتعب والإنهاك.

	٢-الآثار الفيزيولوجية: مثل ارتفاع ضغط الدم واختلال التوازن الهرموني. ٣-الآثار الصحية: مثل القرحة المعدية، أمراض القلب، ضعف مقاومة الجسم للأمراض. **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الثالث (١٥) د توضيح الفرق بين أنواع الضغوط النفسية	توضح الباحثة الأنواع المختلفة للضغط النفسي التي تعترض الفرد في حياته اليومية حيث لابد للفرد من أن يعاني من أنواع مختلفة من الضغوط، فلدينا الضغط النفسي السلبي وهو الذي يضع على الفرد متطلبات زائدة ويطلق عليه الكرب حيث يؤدي إلى الشعور بالتعاسة والإحباط، أما الضغط النفسي الإيجابي فهو الضغط الناتج عن أحداث إيجابية مثل المنافسة الرياضية أو سفر أو ولادة طفل وهو يتطلب من الفرد إعادة تكيف، أما النوع الثالث من الضغوط فهو الضغط النفسي المرتفع الذي ينتج عن تراكم الأحداث المسببة للضغط النفسي بحيث تتجاوز قدرة الفرد على التكيف، وأخيراً الضغط النفسي المنخفض الذي يحدث عندما يشعر الإنسان بالملل وانعدام التحدي. وتذكر الباحثة أن وجود الضغط النفسي الجيد أمر إيجابي،
الإجراء الرابع (١٥) د مناقشة جماعية	وتوجه إلى المشاركات سؤالاً عن نوع الضغط النفسي الذي تتركه إعاقة طفلهن التوحدي لدى كل منهن ثم تتم مناقشة الإجابات مع المشاركات.
الإجراء الخامس (٥) د الختام وشرح الواجب البيتي	تشكر الباحثة الأمهات على حضورهن الفعّال، وتشرح لهن الواجب البيتي حيث تطلب من كل أم من الأمهات المشاركات تحديد موقف يتعلق بطفلها التوحدي ويسبّب الضغط النفسي من وجهة نظرها، ذاكرةً الأفكار والانفعالات المرافقة للموقف وكيفية استجابتها له. (النموذج رقم (١))

	الموقف الأفكار والانفعالات الاستجابة

الجلسة الثالثة: خصائص الطفل التوحدي (١).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: وتتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- تزويد المشاركات بمعلومات عن اضطراب التوحد من خلال عرض مجموعة من التعريفات التي توضحه.

٢- تزويد المشاركات بمعلومات عن أسباب التوحد.

٣- تزويد المشاركات بمعلومات عن خصائص الطفل التوحدي (من الناحية الاجتماعية).

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٥) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق، حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات، وتعزز الأفكار الصحيحة مع تصحيح الخاطئة منها.
الإجراء الثاني (١٥) تزويد المشاركات بمعلومات عن اضطراب التوحد.	تبدأ الباحثة بسؤال المشاركات (ماهو اضطراب التوحد؟) حيث تطلب من كل أم إعطائها جملة تعريفية عن التوحد، وتقوم بتسجيلها على اللوح ثم تبدأ بمناقشة الجمل المطروحة وتصحيح الأفكار الخاطئة منها. ثم تطرح تعريف التوحد بالقول : التوحد كلمة مترجمة عن اليونانية وتعني العزلة أو الانعزال، وعرفته منظمة الصحة العالمية بأنه (اضطراب نمائي يظهر قبل سن ثلاث السنوات، ويبدو على شكل عجز في استخدام اللغة، وفي اللعب، وفي التفاعل والتواصل الاجتماعي). وتستكمل الباحثة الشرح بالقول إنّ التوحد هو إعاقة في النمو تظهر خلال

	السنوات الأولى من عمر الطفل تستمر طيلة عمر الفرد، تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ، ويؤثر على الطريقة التي يتحدث بها الشخص وقدرته على إقامة صلة بمن هم حوله.
الإجراء الثالث **(١٥) د** **أسباب التوحد**	تشرح الباحثة: لا يوجد سبب محدد للتوحد، وحتى الآن يوجد العديد من النظريات التي حاولت تفسيره، ففي الخمسينيات والستينات كان ينظر إلى التوحد على أنه نتيجة للمعاملة الأبوية الرافضة للأبناء، ثم ظهرت التفسيرات السيكولوجية التي وجدت أن التوحد ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية، ومن النظريات المفسرة للتوحد أيضاً النظرية الجينية التي ترى أن للتوحد أساساً جينياً، وهناك نظريات أخرى ترى أن التوحد ناتج عن خلل في النواقل العصبية، ومن الدراسات المهمة أيضاً الدراسات التي تجد أن التوحد ناتج عن عيوب في الجهاز العصبي المركزي. **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الرابع **(١٥) د** **شرح عن خصائص الأطفال التوحديين** **١٥ د**	تبدأ الباحثة بسؤال الأمهات: من منكن تستطيع ذكر بعضٍ من خصائص التوحد التي تشاهدها على طفلها؟ (مناقشة جماعية) وتستمع الباحثة لمشاركات الأمهات قبل أن توضح خصائص الأطفال التوحديين حيث تذكر لهن بداية المجالات الستة التي تنطوي عليها إعاقة التوحد وهذه المجالات هي: ١ -الإعاقة في التفاعل الاجتماعي. ٢ -الإعاقة في التواصل. ٣ -الخصائص السلوكية. ٤ -المشكلات الحسية. ٥ -المشكلات الإدراكية. ٦-اللعب . ثم تشرح الباحثة الجانب الأول على الشكل التالي: <u>1-إعاقة في التفاعل الاجتماعي:</u>

	تبين الباحثة للأمهات الجوانب الأساسية لاختلال الأداء الوظيفي الاجتماعي لدى الطفل التوحدي بالقول : كلنا يجد أن الطفل التوحدي يختلف عن أقرانه من ناحية التفاعل الاجتماعي، وهذا الاختلاف يبدو على الشكل التالي: ١-عدم قدرة الطفل التوحدي على فهم اختلاف الآخرين عنه في وجهات النظر والخطط والأفكار والمشاعر. ٢ -عدم قدرته على التنبؤ بما يمكن أن يفعله الآخرون في المواقف الاجتماعية المختلفة. ٣ -العجز أو القصور الاجتماعي : ويعد هذا الأمر السبب في حدوث العديد من المشكلات في الجانب الاجتماعي، ويعد أحد جوانب القصور الخطيرة. ومن هذا المنطلق نجد أن الطفل التوحدي يتجنب كل أشكال التفاعل مع الآخرين، ويغضب أو يجري بعيداً حين يحاول أحد الأشخاص أن يتفاعل معه، وقد يرجع ذلك إلى أنه يتملكه الخوف من جراء ذلك، وأنه لا يحب الآخرين، ومن الأمور التي قد تعوقه عن التواصل الطبيعي مع الآخرين أن كلامه ينقصه الوضوح والمعنى، كما أن لديه نقصاً في التواصل البصري وفهم التعبيرات الوجهية والإيماءات الاجتماعية.
الإجراء الأخير: الختام وشرح الواجب البيتي	تطلب الباحثة من كل أم من الأمهات المشاركات تحديد ثلاث خصائص اجتماعية لطفلها التوحدي استناداً إلى المعلومات المقدمة في الجلسة.

الجلسة الرابعة: خصائص الطفل التوحدي (٢)

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، والتغذية الراجعة.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- تزويد المشاركات بمعلومات عن خصائص الطفل التوحدي (الخصائص التواصلية، والخصائص السلوكية)

٢- التعرف على آراء الأمهات المشاركات حول الموضوع المطروح.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٥) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات مع تعزيز الإجابات الجيدة.
الإجراء الثاني (٢٥) د عن خصائص الأطفال التوحديين (التواصل)	تستكمل الباحثة الجلسة بالانتقال إلى الحديث عن الخاصية الثانية من خصائص أطفال التوحد وهي الإعاقة في التواصل، وتبدأ بسؤال الأمهات المشاركات: من منكن يستطيع طفلها الكلام؟ ثم تطلب من الأمهات التي لدى طفلها لغة وصف هذه اللغة، وتسجل الباحثة مشاركات الأمهات على اللوح ثم تبدأ بتصحيح الجمل الخاطئة وتضيف : إن اللغة لدى الطفل التوحدي تتصف بالتالي: ١-يعبّر الطفل التوحدي بلغة غير واضحة وغير مقبولة اجتماعياً. ٢-يردد الكلمات والجمل، ويميل إلى ترديد آخر كلمة في الجملة. ٣-ترديد بعض الكلمات أو الجمل في غير مواقفها. ٤-يميل كثيراً إلى قلب الضمائر أو عكسها. ٥-يجد التوحدي صعوبة في فهم الجمل، ولذا يجب التعامل معه بالكلمات المفردة، كما أنّ الطفل التوحدي يعاني شذوذاً في طريقة الكلام، ويشمل ذلك ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والإيقاع، ونبرة الصوت تكون على وتيرة واحدة مثل الآلة، كما يفشل في استخدام الاتصال غير اللفظي كاستخدام الإشارات وحركات الرأس وتعبيرات الوجه، ويبدو غير قادرٍ على قراءة وجوه الآخرين. ثم تستمع الباحثة لتعليقات ومداخلات الأمهات المشاركات.
مناقشة جماعية	**استراحة لمدة ربع ساعة** توّجه الباحثة السؤال للمشاركات بالقول: من منكن تستطيع أن تصف لنا السلوكات التي يقوم بها طفلها التوحدي؟
الإجراء الثالث	تستمع الباحثة للإجابات وتناقش مع الأمهات الأفكار المطروحة.

(٣٠) د مناقشة جماعية الحديث عن الخصائص السلوكية	وتشرح الباحثة الخصائص السلوكية بالقول إن التوحد اضطراب يتم التعرف عليه من أعراضه السلوكية، والمقصود بذلك أن سلوكيات الطفل التوحدي مختلفة عن سلوكيات غيره من الأطفال، ومن هذه السلوكات مثلاً النمطية أي تكرار السلوك نفسه بشكل مستمر دون الشعور بالتعب أو الملل، ويتكرر ذلك في لعبه، وأيضاً نجده يقلب ويحرك يديه وأصابعه باستمرار بدون هدف أو معنى، وقد يقوم ببعض الحركات اللاإرادية غير المسيطر عليها كشدّ الذراعين أو الرأس أو المشي على أطراف الأصابع. وتتابع الباحثة : يعاني الكثير منهم من مشكلات في النوم أي ينتاب نومهم الكثير من الكوابيس ويشعرون بالقلق أثناء نومهم فيستيقظون كثيراً، وقد يصاحب التوحد مشكلة النشاط الزائد ويصاحبه مشكلة عدم التركيز والانتباه . ومنهم من ينزعج لأي تغيير يحدث في البيئة أو أي تغيير في الروتين. كما قد يبدي الطفل التوحدي ردود فعل غير مناسبة للمواقف، فقد لا يفرح أو يبتسم في المواقف المفرحة، ولا يظهر الغضب أو الخوف في المواقف التي تستدعي ذلك.
الإجراء الرابع (٥) د الواجب البيتي	تطلب الباحثة من كل أم من الأمهات المشاركات تحديد خصائص طفلها التوحدي استناداً إلى المعلومات المقدمة في الجلسة وذلك بتعبئة النموذج المرفق. الخصائص التواصلية للطفل: الخصائص السلوكية للطفل:

الجلسة الخامسة : خصائص الطفل التوحدي (٣)

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- تزويد المشاركات بمعلومات عن خصائص الطفل التوحدي (الخصائص الحسية، الخصائص الإدراكية، اللعب).

٢- التعرف على آراء الأمهات المشاركات حول الموضوع المطروح.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٥) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات مع تعزيز الإجابات الجيدة.
الإجراء الثاني (٢٠) د شرح خصائص التوحد (الخصائص الحسية)	تبدأ الباحثة بشرح خاصية أخرى من خصائص التوحد هي المشكلات الحسية، حيث تبدأ بتوجيه الأسئلة التالية إلى الأمهات: هل سبق وأن قال لكنّ أحد المقربين منكن أن طفلكم يبدو كأنه لا يسمع؟ هل شعرتم بأن طفلكم لا يبكي رغم أنه تعرض لسقوط قوي؟ هل يتلمس طفلكم كل ما يوجد في متناول يده؟ تستمع الباحثة لأجوبة المشاركات ثم تبدأ شرحها بالقول: قد يُظهر الطفل التوحدي وكأنه يعاني من مشاكل سمعية أو بصرية مع أنه هو نفسه يُظهر استجابات سريعة ويقظة لبعض المثيرات، كالصوت الخافت أو الضوء المفاجىء مما ينفي وجود أي إعاقة سمعية او بصرية لديه، كما أن طفل التوحدي غير قادر على التعبير عن المرض أو أي ألم، والكثير من أطفال التوحد يتجاهلون رؤية الأشياء التي يحب الأطفال رؤيتها عادةً، وبعضهم ينبهرون بضوء معين أو إبريق أو ورقة أو شيء يلف ويدور، وقد تلاحظ البعض منكن على طفلها التوحدي أنّه يتفحص العالم من حوله عن طريق حواسه (الشم واللمس والتذوق). وقد يعاني الطفل التوحدي من مشاكل في التغذية، فقد يواجه مشكلة في أكل الأشياء الصلبة، وهناك مشكلة باعتياد بعضهم على الروتين حتى في تناول الطعام، فنجدهم يرفضون تناول غذاء معين ويصّرون على نوع واحد من الطعام .
الإجراء الثالث	تستكمل الباحثة : ننتقل الآن إلى خاصية أخرى من خصائص الأطفال

(٢٠)د شرح عن خصائص الأطفال التوحديين (الخصائص الإدراكية)	التوحديين وهي المشكلات الإدراكية وأبدأ بسؤالكن: هل تشعرن أنَّ طفلكن لا يعي ما يجري حوله؟ هل تشعرن أنه غير قادر على فهم ما يُطلب منه؟ وتستمع الباحثة إلى أجوبة المشاركات وتعزز الأفكار الصحيحة، ثم تبدأ شرحها فتقول: لقد أظهرت الدراسات أن ثلاثة أرباع التوحديين لديهم درجة من الإعاقة العقلية، كما ذكرت الأبحاث أنَّ الأطفال التوحديين لديهم صعوبة في الانتباه والتركيز، وقصور في القدرة على التخيل، ولديهم مشكلات تتعلق بالقدرة على الاستمرارية في نشاط معرفي كالانتباه والتذكر لفترة طويلة، ويعاني بعضهم من مشكلات في إدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات .
مناقشة جماعية	وعلى الرغم من ذلك قد نجد لدى بعض أطفال التوحد قدرات خاصة ربما لا تتوافر لدى العباقرة، كقدرة بعضهم على الرسم بالأبعاد الثلاثة، أو عزف مقطوعات موسيقية معقدة، أو إجراء عمليات حسابية طويلة والوصول إلى حلها بمجرد النظر إليها، وكذلك قد يتميزون بذاكرة حادة جداً، قد يطلق على من يمتلك هذه القدرات (العالم المتوحد)، ولكن على الرغم من هذه القدرات إلا أن الناتج العام منها أو الحالة العامة للطفل تشير إلى التأخر في القدرات العقلية، وهذا ما يسمى جزر الإبداع. ثم تستمع الباحثة إلى آراء المشاركات وتجيب على استفساراتهن المتعلقة بالموضوع المطروح. **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الرابع (١٥) د اللعب عند الطفل التوحدي	تكمل الباحثة: ننتقل الآن إلى الخاصية الأخيرة من خصائص التوحد وهي اللعب، وأطلب الآن من إحدى الأمهات أن تصف لنا كيف يلعب طفلها في المنزل. تستمع الباحثة مع الحضور إلى مشاركة الأم وتضيف: يمكننا من خلال المثال المطروح أن نستنتج أن اللعب عند الطفل التوحدي يتميز بأنه غير هادف، فالطفل التوحدي غير قادر على إدراك أبسط قواعد اللعب

	الاجتماعي، ونجده أميل إلى اللعب الحسي مع الأشياء المحيطة به(التذوق، الشم، اللمس)، ونجد كذلك أنَّ لعبه ينقصه الخيال، ويتصف بالمواظبة على اللعبة نفسها وتكرارها، وينجذب إلى جزء من اللعبة لا إلى اللعبة كلها، ولديه عجز في اللعب الرمزي والتمثيلي، ويفضل اللعب الفردي فلا يشارك في اللعب الجماعي كما أنه يتعامل مع الآخرين كالآلات دون انفعالات أو تواصل وذلك بسبب ضعف اللغة والتخيل لديه.
الإجراء الأخير (٥) د الواجب البيتي	تطلب الباحثة من كل أم من الأمهات المشاركات أن تصف الجوانب التالية لدى طفلها: الناحية الإدراكية، الناحية الحسية، اللعب. استناداً إلى المعلومات المقدمة في الجلسة.

الجلسة السادسة: كيف نتعامل مع بعض خصائص الأطفال التوحديين.

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- تزويد المشاركات بمعلومات عن كيفية تطوير اللعب لدى الطفل التوحدي.

٢- تزويد المشاركات بمعلومات عن كيفية تطوير التواصل لدى الطفل التوحدي.

٣- التعرف على آراء الأمهات المشاركات في الموضوع المطروح.

الأهداف	دور الباحثة

الإجراء الأول: (١٥) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني (٣٠) د كيف نطوّر اللعب لدى الأطفال التوحديين.	تبدأ الباحثة بتذكير المشاركات بما تمّت مناقشته عن موضوع اللعب من خلال الواجب البيتي فتقول: كما ذكرتن من خلال واجباتكن البيتية فإن اللعب لدى طفل التوحدي ليس كاللعب لدى باقي الأطفال، فهو يتصف بالمحدودية وعدم التنوع، وكثيراً ما نلاحظ أنَّ طفل التوحد يلعب بطريقة واحدة متكررة، ولعل منظر الطفل الذي يلعب لوقت طويل بدولاب السيارة فقط، أو الذي ينشغل بهزّ الخيط، أو تجميع الأشياء وبعثرتها هو منظر مألوف لدينا. والسؤال المطروح هنا: هل يمكننا تعليم الأطفال التوحديين اللعب؟ وهل ينبغي علينا تعليمهم ذلك؟ تستمع الباحثة لأجوبة المشاركات ثم تستكمل بالقول: يمكن الإجابة على هذا السؤال بالقول: نعم، يمكننا تعليم الأطفال التوحديين مهارات اللعب، وحين يتعلم طفل توحدي بعض مهارات اللعب تزداد فرصة انضمامه إلى أقرانه الآخرين، حيث يمكن أن يتعلم مزيداً من المهارات الاجتماعية. ولكن كيف يمكننا ذلك؟ هذا ما نوضحه الآن. في البداية نترك للأطفال حرية اختيار ما يريدون أن يلعبوا به وكيفية اللعب التي يريدون اتباعها، حتى وإن بدا ذلك غريباً بالنسبة لنا، ونقلده في ذلك، مثلاً: إن أحب الطفل أن يخبط الأرض بلعبة، قمنا نحن بالجلوس بجانبه وخبط لعبة مماثلة للعبته على الأرض أيضاً، وفي المرات التالية نعلمهم أن يأخذوا أدواراً معنا في اللعب، مثلاً نعطيه لعبتنا ونأخذ لعبته ثم نتبادل الأدوار، بعد ذلك نقدم لهم لعبة أظهر الطفل اهتماماً بها من خلال النظر إليها أو محاولة لمسها ونريهم إحدى وظائفها، ثم نريهم وظيفة أخرى وهكذا. وفي بادىء مراحل التدريب من الأفضل أن تكون لهذه الألعاب نتائج

	حسية كإصدار صوت أو حركة أو ضوء أو ملمس خاص. ونستمر بهذه الطريقة إلى أن يتمكن الطفل من استخدام عدد من الدمى بشكل صحيح. وتضيف الباحثة: علينا أن نعلّم الطفل مهارات مناسبة للعب مع الكبار وعندما يستجيب للكبار نشرك أطفالاً من ذوي التطور الطبيعي معه كما ينبغي إشراك أخوته في هذه العملية. علينا أن نتذكر أن استخدام الدمى التي يحبها الطفل، ويعرف كيف يلعب بها تجعل عملية التعلم أسهل. من الضروري أن نتذكر أن الألعاب المبنية على قواعد أفضل وأسهل تعليماً بالنسبة للطفل التوحدي، حيث تكون فرصة نجاحه أكبر حين يعرف ما يفعله، ومتى يفعله، وكيف يفعله، لذا بإمكاننا تعليمهم قواعد كانتظار الدور، والمشاركة في الأشياء.
مناقشة جماعية	تطلب الباحثة من الأمهات المشاركات التعليق على ما تمّ ذكره وإضافة أفكارهن، وتستمع لاستفساراتهن إن وجدت. **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الثالث (٢٥) د كيف نطوّر التواصل لدى طفلنا التوحدي	تبدأ الباحثة بالطلب من الأمهات تذكيرها ببعض الأفكار المتعلقة بالتواصل لدى الطفل التوحدي التي تمّ الحديث عنها في الجلسة الماضية ومع بداية الجلسة الحالية من خلال الواجب البيتي، ثم تقول: يعدّ موضوع التواصل لدى الطفل التوحدي من أكثر المواضيع أهمية لدى الأسرة التي تعاني من مشاكل في فهم متطلبات طفلها، ونتحدث الآن عن بعض الاستراتيجيات المفيدة في تعليم التواصل للطفل التوحدي: ١–لفت انتباه الطفل ودفعه إلى التفاعل معكم بطريقة مسلية من خلال الألعاب الاجتماعية: *جعل الألعاب مسلية ومشجعة: الركض خلف الطفل، تسمية اللعبة بالنغمة التي يحبها الطفل. *تكرار الألعاب ذاتها مراراً كي يعتاد الطفل عليها ويحفظها. بهذه الطريقة يُشجّع الطفل على التفاعل خلال اللعبة. *تفسير كل ما يفعله الطفل عن غير قصد كانه إشارة للتواصل معكم. ٢– خلق مواقف لدفع الطفل إلى التواصل عمداً بدءاً بالطلبات:

	*إبعاد الغرض الذي يريده أو تخبأته. *إغلاق علبة اللعبة التي يريدها لحثه على طلب فتحها. ٣–حثّه على أخذ الأدوار من خلال الإشارات الجسدية، الاتصال البصري، الابتسامة، الأصوات ضمن الألعاب الجسدية، الأغاني السهلة، أو عندما يريد شيئاً ما بشدة: ولتحقيق ذلك يمكننا: *إعطائه إشارات جسدية لأخذ دوره (النقر على الكتف) *مساعدته جسدياً للتفاعل معكم. *إعطائه نموذجاً كي يقلّدكم. *الانتظار والنظر إليه كي يفهم أن عليه أخذ دوره. *إبطاء إيقاع اللعبة. ٤– مساعدته على فهم أكبر عدد من الكلمات والجمل: ويمكننا تحقيق ذلك عن طريق: *تسمية الأشياء، الأشخاص، الأفعال والمواقف التي تحيط به لكي يبدأ بربط الكلمات بالأشياء. وبهذه الطريقة تعطون طفلكم مثالاً أو نموذجاً يمكن أن يقلده. *عندما تتحدثون عن شيء ما أعرضوا هذا الشيء عليه أو دعوه ينظر إلى صورة الأشياء التي تتحدثون عنها أو الأشياء الحقيقية إن كانت متوفرة لديكم. *استعمال اسم الطفل عندما تتحدثون إليه بدلاً من أنت. *استعمال كلمات مسلية ومضحكة (عو، بي...) لأن الطفل يحب هذه الكلمات ويحفظها بسهولة. *ربط ما تقولونه بإشارات وحركات وجه معبره لمساعدته على فهم الكلمات التي تستعملونها. *الحديث بطريقة بطيئة وواضحة. ٥– تنويع الألعاب التي تلعبونها مع طفلكم: *استعمال الألعاب مثل لعبة الفقوس: –تشجيعه عند بدء اللعبة. –تكرار اللعبة مراراً.

مناقشة جماعية	-الانتظار وقتاً طويلاً كي يتفاعل معكم. تطلب الباحثة من الأمهات المشاركات طرح استفساراتهن إن وجدت.
الإجراء الأخير(٥) د الختام وشرح الواجب البيتي	تطلب الباحثة من كل أم من الأمهات المشاركات ذكر طريقة للتدخل مع طفلها التوحدي بناء على المعلومات التي طرحت في جلسة اليوم. المشكلة طريقة للتدخل

الجلسة السابعة: مفهوم الإيجابية (١).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، الدحض والتفنيد.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح مفهوم الإيجابية.

٢- توضيح أهمية التفكير الإيجابي.

٣- شرح الفروقات بين الشخص السلبي والشخص الإيجابي.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني (٢٠) د مفهوم الإيجابية	تبدأ الباحثة شرحها بالقول: يسعى الإنسان دائماً إلى جعل حياته وحياة المحيطين به مليئة بالفرح والرفاهية والنجاح في شتى مجالات الحياة،

	وهو يسعى جاهداً لأن يجلب لنفسه ولغيره الخير ويدفع عن نفسه وعن غيره الشر، ولكن لكي يتحقق ذلك على الإنسان أن يبدأ بتحسين مستوياته الفكرية وأن يفكر بطريقة إيجابية عن نفسه وعن مجتمعه وعن الحياة بصورة عامة وأن يدرّب نفسه على التخلي عن الأفكار السلبية التي تعطّل قدراته وتشتت جهوده وتبعده عن تحقيق أهدافه. تطلب الباحثة من المشاركات بعد عرض هذه المقدمة أن يطرحن أفكارهن حول تعريف التفكير الإيجابي. وتستمع الباحثة إلى أفكار المشاركات وتدوّنها على اللوح قبل أن تطرح تعريف التفكير الإيجابي بالقول: هو استراتيجيات إيجابية في الشخصية والميول، والنزعة لممارسة سلوكات أو تصرفات تجعل حياة الفرد ناجحة وتقوده إلى أن يكون إنساناً إيجابياً. وتستكمل الباحثة: من هو الشخص الإيجابي وما أهمية أن نكون إيجابيين هذا ما نتناوله بالحديث بعد الاستراحة. **استراحة ربع ساعة**
الإجراء الثالث (١٥) د أهمية التفكير الإيجابي	توّجه الباحثة السؤال إلى المشاركات: هل تفضلن التعامل مع شخص إيجابي؟ ولماذا؟ تستمع الباحثة لإجابات المشاركات وتعزز الإجابات الجيدة منها. ثم تشرح : توصلت الدراسات إلى أن الناس بطبيعتهم يحبون الشخص الذي يفكر ويتصرف بإيجابية، وأن يكون محاطاً بأناس إيجابيين، أو على مقربة منهم، إننا نحب أن نكون محاطين وعلى مقربة من ذوي التفكير الإيجابي، لأنهم متفائلون وينشرون التفاؤل والطاقة الإيجابية والنشاط ويحركون في الآخرين دوافع الإنجاز والنشاط ويبثون بذور التعاون والتسامح. وتستكمل الباحثة بالقول: تنعكس أهمية التفكير الإيجابي في حياة الفرد والجماعة بشكل مباشر، فالفرد الإيجابي يفسّر ما يحصل له من مواقف الفشل وعدم تحقق الأهداف على أنها فرصة للتطوير والتحسين ويشعر بالتفاؤل والسعادة، بينما يفسر الفرد السلبي مواقف النجاح وتحقيق

	الأهداف على أنها حقه المكتسب الذي تأخر تحقيقه ويشعر بالاضطهاد والظلم من القوانين والناس المحيطين به. تستمع الباحثة إلى تعليقات المشاركات وتجيب عن استفساراتهن.
الإجراء الرابع (٢٥) مقارنة بين الفرد الإيجابي والفرد السلبي	تطلب الباحثة من الأمهات المشاركات إعطاء صفات للفرد الإيجابي وصفات للفرد السلبي وتدونها على اللوح، ثم تناقش الأمهات بالأفكار المطروحة من قبلهن.(مناقشة جماعية) ثم تذكر الباحثة مقارنة بين الفرد الإيجابي والفرد السلبي كالتالي: <u>الفرد ذو التفكيرالإيجابي</u> <u>الفرد ذو التفكير السلبي</u> ١-يفكر في الحل يفكر في المشكلة ٢-لاتنضب أفكاره لا تنضب أعذاره ٣-يساعد الآخرين يتوقع المساعدة من الآخرين ٤-يرى حلاً لكل مشكلة يرى مشكلة في كل حل ٥-الحل صعب لكنه ممكن الحل ممكن لكنه صعب ٦-يرى في العمل أملاً يرى في العمل ألماً ٧-ينظر إلى المستقبل ويتطلع إلى ما هو ممكن ينظر إلى الماضي ويتطلع إلى ما هو مستحيل ٨-يختار ما يقول يقول ما يختار ٩-يتمسك بالقيم ويتنازل عن الصغائر يتشبث بالصغائر ويتنازل عن القيم
الإجراء الأخير (٥) د الختام وشرح الواجب البيتي	توزع الباحثة على الأمهات المشاركات جملاً قصيرة مطبوعة وتطلب منهن تصنيفها إلى أفكار إيجابية وأفكار سلبية. لدى طفلي إعاقة شديدة، سأضعه في مركز كي يتحسن وضعه. وضع طفلي أفضل بكثير من وضع أطفال آخرين في هذه الحياة. لدى طفلي إعاقة شديدة، سأضعه في مركز كي آخذ قسطاً من الراحة من التعامل معه. إعاقة طفلي لن تمنعني من متابعة حياتي.

	لن أطلب المساعدة من أحد في الأمور التي تتعلق بطفلي. ينظر الجميع إلى طفلي على أنه مختلف. رغم تحسن طفلي إلا أنه يحتاج للكثير الكثير من التدريب. تحسن طفلي سيبقى محدوداً. لن أصطحب طفلي في زيارات عائلية. لن أستمع لآراء الآخرين في الأمور التي تتعلق بطفلي. إعاقة طفلي مشكلة يمكن تجاوزها بالإرادة والعمل.

الجلسة الثامنة: مفهوم الإيجابية (٢).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح سمات التفكير الإيجابي وسمات التفكير السلبي.

٢- التعرف على آراء الأمهات المشاركات من خلال مثال تطرحه الباحثة.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٥) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني (٢٠) مناقشة جماعية لمثال تطرحه الباحثة.	تطرح الباحثة المثال التالي: أم لطفل توحدي يبلغ من العمر أربع سنوات، اكتشفت إعاقة طفلها مؤخراً، لكنها رفضت وضعه في مركز خوفاً من الوصمة الاجتماعية، وأدرجته في رياض أطفال. الطفل قادر على الكلام لكن لغته غير وظيفية، ولديه ذاكرة بصرية جيدة، إلا أنه كثير الحركة والعناد.

	تطلب الباحثة مشاركة اثنتين من الأمهات بحيث تأخذ الأولى دور صاحب التفكير الإيجابي وتأخذ الثانية دور صاحب التفكير السلبي وتسجل كل منهما آرائها تجاه المثال المطروح. تناقش الباحثة الإجابات مع الأمهات. **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الثالث (٣٥) شرح سمات التفكير السلبي وسمات التفكير الإيجابي	تطلب الباحثة من الأمهات المشاركات إعطاء سمات للتفكير الإيجابي وسمات للتفكير السلبي وتدونها على اللوح، ثم تناقش الأمهات في الأفكار المطروحة من قبلهن. ثم تذكر الباحثة مقارنة بين التفكير الإيجابي والتفكير السلبي كالتالي: ١-التفكير السلبي: فكر متصلب شديد الجمود، يجعل صاحبه غير قادر على التخلص من أفكاره وآرائه حتى لو تبين أنها خاطئة. التفكير الإيجابي: مرن، يجعل صاحبه يتوق لمعرفة الجديد من المعلومات سواء كان موافقاً أو مخالفاً لها. ٢- اللغة التي يستخدمها صاحب التفكير السلبي تميل إلى المغالاة والحدية والقطعية والتعميم ومفرداته قوية وصارمة ويفكر في المشكلة ورموزه حاسمة غير قابلة للتعاطف مع الرأي الآخر. لغة صاحب التفكير الإيجابي ومفرداته تتمتع بالمرونة وقابلة للأخذ والعطاء، وهو قادر على الحوار والمناقشة العلمية وقادر على الدخول في مناقشات وحوارات مثمرة ومفيدة بالنسبة له وللآخرين. ٣-التفكير السلبي يتميز صاحبه بتخلف الطرح وتدني مستوى المقولات والمفاهيم بسبب قناعاته المتصلبة الجامدة. بينما التفكير الإيجابي يجعل صاحبه يتصف بالمداخلات الراقية حيث أن مفاهيمه ومقولاته منطقية وقابلة للتعديل والتغيير. ٤- التفكير السلبي يجعل صاحبه ضعيف الإحساس الوجداني نحو الآخرين فلا يهمه ان يلقي بالكلام الخشن والجارح نحوهم، دون ان يأبه بما يسببه لهم من أذى لأحاسيسهم. بينما يتصف الفرد الإيجابي بقدرته الفائقة على اختيار كلامه بحيث لا

	يجرح ولا يستهزئ بأحد، كما أنه يقدم نقده على شكل بنّاء ومفيد. ٥-يتصف صاحب التفكير السلبي بالثرثرة وإعطاء انطباع للآخرين بأنه مثقف وأن لديه إجابات لكل سؤال مهما كان نوعه وفي كل المواقف، فهو يستخدم عدداً معيناً من المفاهيم والمصطلحات الجاهزة وغالباً ما يكون حديثه مليئاً بالمغالطات العلمية. بينما يتصف صاحب التفكير الإيجابي بفكر مستنير يحترم الآخر ويستخدم مصطلحات مناسبة للموقف دون زيادة أو نقصان. ٦-يميل صاحب التفكير السلبي إلى إعطاء مستمعيه صورة مثالية عنه وعن شخصيته ولكن سريعاً ما تنكشف هذه الصورة ويراه الآخرون على حقيقته. بينما يحاول صاحب التفكير الإيجابي قدر الإمكان إعطاء تصور طبيعي وواقعي عن ذاته أمام الآخرين لأنه يدرك أن المثالية والكمال ليستا من صفات البشر وبالتالي لا حاجة إلى التمثيل. ٧-يتمتع صاحب التفكير السلبي بضعف المعالجة وافتقاره إلى الأساليب والحلول الفعّالة للمشكلات بسبب استخدامه أساليب تقليدية في البحث والتفكير لا تتناسب مع التصورات الجديدة والمعاصرة. بينما يتمتع صاحب التفكير الإيجابي بامتلاكه أساليب مبتكرة وجديدة تناسب التطور الحاصل، وهو قادر على إعطاء حلول ناجعة وفعالة لمشكلاته ومشكلات المحيطين به. ٨-عادة ما يكون أصحاب التفكير السلبي غير قادرين على المناقشة بموضوعية، على عكس أصحاب التفكير الإيجابي الذين يتمتعون بالمرونة الفكرية.
الإجراء الأخير (٥) د الختام وشرح الواجب البيتي	تطلب الباحثة من كل أم التفكير في حدث يتعلق بطفلها التوحدي والتفكير فيه بطريقتين سلبية وإيجابية.

الجلسة التاسعة: توضيح نموذج أليس في الضغوط النفسية.

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، الدحض والتفنيد.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح نموذج أليس في التفكير، وأثر أفكارنا السلبية وغير العقلانية في إحداث انفعالاتنا وضغوطاتنا.

٢- تفسير الضغوط النفسية وفق نموذج أليس في التفكير.

٣- التعرف على آراء الأمهات المشاركات من خلال مناقشة مثال مطروح من قبلهن يوضّح نظرية أليس في التفكير.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني (٢٠) د شرح نموذج ألبرت أليس في التفكير	تبدأ الباحثة الشرح بالقول: كلنا يعلم أن ردود أفعالنا وتصرفاتنا ناتجة بشكل أساسي عن طرق معينة في تفكيرنا، وهذا ما أكده الكثير من علماء النفس الذين اتفقوا على أن كثيراً من استجاباتنا وتصرفاتنا تعتمد إلى حد كبير على وجود أفكار خاطئة يكوّنها الشخص عن نفسه وعن العالم المحيط به ، مما يسبب لنا اضطرابات لا يمكن عزلها عن الطريقة التي نفكر بها عن أنفسنا وعن المحيطين بنا. ونتحدث هنا عن ألبرت إليس(albert ellis) هذا العالم الذي وجد أن الاضطرابات النفسية إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الإنسان، لذا فهو يعتقد أن السبيل

الإجراء الثالث (٢٠) د تفسير الضغوط النفسية وفق نموذج أليس	إلى الحدّ من المعاناة النفسية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية. ويرى ألبرت أليس أن السلوك الإنساني عبارة عن مزيج من الأفكار العقلانية والأفكار غير العقلانية في وقت واحد . فالناس يتصرفون في مواقف الحياة حسب إدراكهم تلك المواقف، كما يجد أنه ينبغي مهاجمة الأفكار غير العقلانية والانفعالات السلبية، وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الشخص منطقياً وعقلانياً. تشرح الباحثة إنّ نظرية البرت أليس تعتقد أن حقيقة ما يعاني منه الشخص من اضطرابات نفسية وانفعالية لا يكون بالضرورة سببها الأحداث المباشرة التي تقع في البيئة الخارجية للشخص (وإن كان الشخص يعتقد ذلك) وإنما ترجع إلى أفكار ذلك الشخص تجاه الحدث، ولذلك فأن أليس قد حدد العناصر الأساسية لنظريته في النموذج الذي أسماه A B C على النحو التالي : الحدث المنشط: (A)، المعتقدات (B)، النتائج (C). فإذا حدث لفرد ما نشاط أو تصرف مثير أياً كان نوعه في حياته (A)، فهو إما أن يكوّن اعتقاداً عقلانياً أو غير عقلانياً تجاه هذا الحدث (B)، و بذلك يكون تصرفه بحسب نتاج تفكيره (C). والنتيجة الانفعالية التي تنجم عن المعتقدات والأفكار ويرمز لها بالرمز (C) وهى السلوك النهائي . أو النتيجة الانفعالية النهائية بمعتقدات الفرد بخصوص الحدث (A) . تستكمل الباحثة: خلاصة القول أنّ المشكلة ليست في A)

	(ولكن في (B) إن كان سليماً فإن (C) ستكون سليمة والعكس صحيح. (يتم الشرح باستخدام السبورة) **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الرابع (١٠) د مناقشة مثال مع المشاركات **الإجراء الخامس (١٠ د) مناقشة مثال تطرحه المشاركات**	الموقف أو الحدث A إعاقة طفلي الأفكار B – إعاقة طفلي أمر مدمر. – إعاقة طفلي قدر يجب أن أتكيف معه. النتيجة C –الإحساس بالحزن والتوتر وعدم القدرة على العمل. –الإحساس بالرضا والراحة والقدرة على العمل. تطلب الباحثة من الأمهات المشاركات ذكر موقف ضاغط واحد ناتج عن إعاقة طفلهن ثم تقوم الباحثة بمشاركة الأمهات بتفسير الموقف الضاغط حسب نظرية ألبرت أليس التي تمّ ذكرها، وخلال ذلك تستمع الباحثة إلى تعليقات المشاركات واستفساراتهن.
الإجراء الأخير (٥ د) الختام وشرح الواجب البيتي	تطلب الباحثة من كل أم من الأمهات المشاركات تطبيق عملي لنموذج أليس على موقف ضاغط تختاره الأم على أن يكون مرتبطاً بإعاقة طفلها التوحدي وذلك وفق النموذج التالي: A حدث نشط B المعتقدات C النتائج المترتبة

الجلسة العاشرة: مفهوم التفاؤل (١).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح مفهوم التفاؤل كبعد من أبعاد التفكير الإيجابي.

٢- التعرف على آراء الأمهات وخبراتهن الخاصة حول الموضوع المطروح.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٢٠) د: المناقشة الجماعية لمثال **الإجراء الثالث (٣٠) د شرح مفهوم التفاؤل**	تطلب الباحثة من إحدى الأمهات أن تشرح للحضور المشاعر التشاؤمية والتفاؤلية التي ترافقت مع اكتشاف إعاقة طفلها التوحدي وتتم مناقشتها مع الحضور. **استراحة لمدة ربع ساعة** تنتقل الباحثة إلى طرح سؤال على المشاركات: من منكن تعتبر نفسها متفائلة؟ ولماذا؟ وتستمع لأجوبة الأمهات، ثم تقول لقد أكد علماء العلاج النفسي على أن ما يصيبنا من اضطراب في حياتنا النفسية أو العقلية أو الاجتماعية إنما هو انعكاس مباشر لتوقعاتنا ولأساليبنا في التفكير. ثم توجه الباحثة السؤال للمشاركات: من منكن تعتقد بصحة هذا الافتراض؟ وتستمع للإجابات (مناقشة جماعية) ثم تستكمل الباحثة: إنَّ التفكير علاقة متبادلة مع الشعور، فكثير من المشاعر تتولد في نفوسنا نتيجة نمط معين من التفكير، فإذا غيرنا هذا النمط تبدلت تلك المشاعر، فالإنسان المتفائل يفكر بطريقة النظر إلى النصف المليء من الكأس، وبالتالي يتولد في نفسه شعور التفاؤل، والإنسان المتشائم يفكر بطريقة النظر إلى النصف الفارغ من

	الكأس وبالتالي يتولد في نفسه شعور التشاؤم. كما إنّ الشعور بدوره يؤثر على تفكير الإنسان، فالإنسان المتشائم يكون في حالة من القلق والتوتر لا تمكنه من التفكير الإيجابي أو لا تمكنه من التفكير على الإطلاق. كما إنّ الشخص قد يجد نفسه قلقاً وجزعاً بسبب توقعاته مما قد يحدث من تهديد أو خطر في المستقبل، والمكتئب تدفعه توقعاته بحدوث الفشل فيصاب بالتراخي والهمود، والتوقعات السارة ترفع مزاج الفرد وعزيمته لأداء أنشطة مختلفة، بينما تجعله التوقعات السيئة يفقد النشاط والعطاء. إن التفاؤل، الذي نعني به النظر إلى الجانب المشرق من الموضوع حتى وإن كانت الأمور سيئة، أثبتت الدراسات العديدة أنه عنصر مهم في تحسين نوعية حياة الأفراد. ثم توجه الباحثة السؤال إلى الأمهات المشاركات بالقول: من منكن تستطيع تعريف مفهوم التفاؤل؟ وتدوّن الباحثة الأفكار التي تطرحها المشاركات قبل أن تطرح تعريفاً للتفاؤل بالقول: يمكن تعريف التفاؤل بأنه التوقعات الإيجابية بتحقيق مكاسب في مختلف جوانب حياة الشخص، فضلاً عن زيادة مستوى التفاؤل وما يتوقعه من نتائج إيجابية في الحياة الصحية الشخصية، والاجتماعية، والمهنية.
الإجراء الأخير: (٥) د الختام وشرح الواجب البيتي.	تشرح الباحثة الواجب البيتي : لديك صديقة رزقت بطفل توحدي، كيف تساعدينها لتصبح أكثر تفاؤلا حيال ابنها؟

الجلسة الحادية عشرة: مفهوم التفاؤل (٢).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- التعرف على خصائص الأمهات المتفائلات وخصائص الأمهات المتشائمات.

٢- تزويد الأمهات بالمعلومات المساعدة في اكتساب مهارة التفاؤل.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٥) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٢٥) د: خصائص المتفائلين وخصائص المتشائمين	تطلب الباحثة من المشاركات ذكر خصائص للأشخاص المتفائلين وتدونها على السبورة قبل أن تشرحها بالقول: يتميز المتفائلون بالعديد من الخصائص نذكر أهمها: -الثقة بالنفس: حيث يشعرون بأنهم قادرون على الوصول إلى أهدافهم. -المرونة: حيث أنهم قادرين على إيجاد العديد من السبل للوصول إلى أهدافهم، أو تغيير الأهداف التي يستحيل تحقيقها. -عدم الاستسلام للقلق أو الموقف الانهزامي أو الاكتئاب في حال حدوث الأزمات. -لديهم قدرة عالية على التكيف الفعّال مع مواقف الحياة الضاغطة، وهم يلجؤون إلى حل مشكلاتهم بطريقة مباشرة. -ينظرون إلى الفشل على انه موقف للتحدي يمكن التغلب عليه من خلال العمل بطريقة جدية أكثر. ثم تنتقل الباحثة إلى خصائص المتشائمين بالقول: من منكن تستطيع ذكر خصائص المتشائمين؟ وتستمع للإجابات وتدونها على السبورة

مناقشة جماعية (١٠) د	قبل ان تشرح قائلة: هناك العديد من الخصائص التي يتميز بها المتشائمون، من أهمها: - انخفاض تقدير الذات: أنا فاشل، لا يمكنني فعل شيء... - إرجاع الفشل إلى صفات دائمة لا يمكن تغييرها. - يعيشون في يأس واستسلام عند المحن. - يواجهون المشكلة بطريقة سلبية: التجنب، التدخين.... - مشاعر سيئة وسوداوية تجاه الحياة. - الاعتقاد بأن الأحداث السلبية تدوم طويلاً. تطلب الباحثة من كل واحدة من الأمهات المشاركات أن تكتب على ورقة ما تملكه من الخصائص التي تمّ ذكرها ثم تستمع للأفكار المطروحة.
الإجراء الثالث (٢٠) د كيف نكتسب مهارة التفاؤل.	**استراحة ربع ساعة** تطلب الباحثة من الأمهات ذكر أساليب تساعدنا على التفكير بطريقة متفائلة من وجهة نظرهن ثم تدونها على اللوح. ثم تقول: ذكر أحد العلماء بعض الجوانب المطلوبة لمساعدتنا على اكتساب مهارة التفاؤل وهي: ١-التخلي عن التفسيرات السلبية المتشائمة واستبدالها بتعلم دروس في اكتساب التفاؤل حتى في أسوأ الظروف. ٢-تعديل وجهات نظرنا لما نعتبره فشل وسقوط، والنظر إليها على أنها خبرات ودروس تصقل حياتنا. ٣-تحديد أهداف منطقية ومعقولة وقابلة للتنفيذ والتحقق، وذلك حتى لا تكون الأهداف صعبة واحتمالات فشلها كبيرة. وتستكمل الباحثة الشرح بالقول: كلنا يعلم أن وجود طفل معاق في الأسرة يجعل الأهل أميل إلى التشاؤم، لكن النظر إلى الموضوع على أنه شيء قابل للحل، وأن الطفل يتحسن كلما قدمنا له التدريب الكافي يجعلنا اكثر تفاؤلاً، كما أنه من الضروري التأكد من قدرات الطفل

	ووضع أهداف واقعية له، فتبني اتجاهات واقعية يساعدنا على تحقيق الأهداف، وهذا يزيد من ثقتنا بإمكاناتنا، وقدراتنا ويساعدنا على التفاؤل.
الإجراء الأخير (٥) د الواجب البيتي	تطلب الباحثة من الأمهات المشاركات ذكر موقف ضاغط يتعلق بإعاقة الطفل مع ذكر تحليلين له أحدهما تشاؤمي والآخر تفاؤلي.

الجلسة الثانية عشرة: كيف نتحكم بانفعالاتنا (١)؟

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، الدحض والتفنيد.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح مفهوم الضبط الداخلي والخارجي.

٢- إجراء حوار ومناقشة بين المشاركات حول الموضوع المطروح.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٢٠): توضيح معنى الضبط الداخلي والخارجي.	تبدأ الباحثة الشرح بتوضيح معنى مركز الضبط للمشاركات حيث تقول: كثيراً ما نصادف في حياتنا أشخاصاً يعتقدون أنهم لم ينجحوا في الامتحان بسبب الحظ، أو أنهم لم يجدوا شريك حياة مناسباً بسبب الصدفة، أو أناس لم ينجحوا في العمل بسبب القدر....الخ. هذه الأمثلة وغيرها كثيرة الشيوع في مجتمعنا وهؤلاء الأشخاص يعتقدون أن الأحداث الإيجابية أو السلبية في حياتهم تتحكم فيها قوى خارجية كالحظ والقدر والصدفة....وهؤلاء الأفراد يتسمون

	بالاتكالية والعجز والفشل. وفي المقابل هناك أشخاص يعتقدون أنهم هم القادرون على التأثير في القرارات الحياتية، وهذا يزيدهم مثابرة وإيجابية، وهذا النمط من الأفراد يكره الاتكالية، ولا يؤمن بالصدفة أو العجز أو الفشل. وتستكمل الباحثة: إن ما نقصده بالشرح السابق هو أن بعض الأفراد يعزون النجاح في مواقف الحياة المختلفة إلى ذواتهم، والبعض الآخر إلى قوى أخرى خارجة عن نطاق ذواتهم، فالفرد في النمط الأول يعتقد أنه يستطيع أن يهيمن ويتحكم على قدره ومصيره، في حين أن الفرد في النمط الثاني يعتقد انه تحت رحمة القدر وهو غير قادر على السيطرة على الأحداث.
الإجراء الثاني (٥) د تعريف مركز الضبط الداخلي/مركز الضبط الخارجي	وتستكمل الباحثة أنه مركز الضبط الداخلي لدى الشخص يمكن تعريفه بأنه اعتقاد الفرد ان لديه القدرة للسيطرة على الأحداث والأفعال الخاصة بحياته الشخصية . أما مركز الضبط الخارجي لدى الشخص فهو اعتقاد الفرد أن لا سيطرة لديه في الأحداث والأفعال الخاصة في حياته الشخصية.
الإجراء الثالث (٢٥) د نشاط جماعي	**استراحة لمدة ربع ساعة.**
الإجراء الأخير (٥) د الختام والواجب المنزلي.	تطلب الباحثة من الأمهات عمل مجموعات ثنائية، وتتناقش كل مجموعة في مركز الضبط لديها ثم تتناقش المجموعة الكبيرة ككل. توزع الباحثة ورقة كُتبت عليها القصة التالية: ميسون أم لطفل توحدي يبلغ من العمر سبع سنوات تحدّث نفسها يومياً بالجمل التالية: أنا شخص فاشل لا أستطيع التعامل مع طفلي أبداً، حظي السيء جعلني أنجب طفلاً توحدياً، لن أتمكن من تغيير قدري وقدر طفلي مهما بذلت من مجهود.

	ما نوع مركز الضبط لدى ميسون؟ وكيف يمكن تغييره ؟

الجلسة الثالثة عشرة: كيف نتحكم بانفعالاتنا (٢)؟

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، الدحض والتفنيد.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- خصائص الأشخاص ذوي مركز الضبط الداخلي/ والخارجي.

٢- توضيح العلاقة بين مركز الضبط والإيجابية.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٣٠): توضيح الفروق بين الأشخاص ذوي مركز الضبط الخارجي والأشخاص ذوي مركز الضبط الداخلي.	تطرح الباحثة السؤال التالي على المشاركات: من خلال العرض السابق هل يمكننا استنتاج الفروقات بين الأشخاص ذوي مركز الضبط الداخلي والأشخاص ذوي مركز الضبط الخارجي؟ ثم تستمع الباحثة للمشاركات المقدمة من الحضور وتسجل الأفكار على اللوح. ثم توضح الباحثة الفروق على الشكل التالي: الأفراد ذوو مركز الضبط الداخلي: *هم أشخاص مرتفعو الإنجاز ويعتبرون أنفسهم مسؤولين عن النجاح *قادرون على التأمل والتفكير وأكثر مبادأة. *مسؤولون عن تصرفاتهم ويتحملون نتائج أفعالهم *يتحكمون في ذواتهم ويسيطرون على مشاعرهم ودوافعهم *أكثر ميلاً إلى الاستقلالية

	*يتمتعون بصحة نفسية جيدة *أكثر ميلاً إلى الاعتماد على الذات. *قدراتهم جيدة في حل المشكلات. *أكثر ميلاً إلى المثابرة. *يشاركون في النشاطات الاجتماعية. *يميلون إلى تأكيد الذات *يميلون إلى إيجاد بدائل للسلوك غير الناجح. *يقاوم ضغط الجماعة فيما لا يقتنع به. أما الأفراد ذوو مركز الضبط الخارجي: *هم أشخاص منخفضو الإنجاز ولا يبذلون جهداً كافياً لأنهم يعتبرونه أمراً عائداً للظروف الخارجية * تبدو عليهم الانغلاقية والتمركز ولديهم مشاحنات كثيرة مع الآخرين. *غير قادرين على تحمل مسؤولية أفعالهم. * غير قادرين على التحكم بذواتهم والسيطرة على مشاعرهم. أكثر ميلاً للخضوع * يميلون في سلوكهم إلى القلق والاكتئاب * أكثر ميلاً إلى الاعتماد على الآخرين. قدراتهم محدودة في حل المشكلات. * أقل ميلاً إلى المثابرة. * لا يميلون إلى المشاركة في النشاط الاجتماعي. * يميلون إلى قبول الأمر الواقع. * أقل ميلاً إلى إيجاد بدائل للسلوك عند مروره بخبرة فشل. *يتأثر بمواقف الآخرين فيما يقوم به. **استراحة لمدة ربع ساعة**

الإجراء الثالث (٢٠) د توضيح العلاقة بين مركز الضبط والإيجابية.	ثم تطرح الباحثة السؤال التالي: هل يجب على الإنسان أن يملك وجهة ضبط داخلية حتى يكون إيجابياً؟ تستمع الباحثة لآراء المشاركات، قبل أن توضح الإجابة التي تقول إنَّ الفرد عليه أن يمتلك وجهة ضبط داخلية حتى يكون إيجابياً وإلا يكون كالريشة في مهب الريح تتقاذفه الأحداث ويتحكم فيه الآخرون. وتستكمل الباحثة : تجدر الإشارة إلى أنه لا توجد أنماط نقية من فئتي مركز الضبط الداخلي أو الخارجي فقد يكون الفرد داخلي الضبط في بعض المواقف وخارجي الضبط في مواقف أخرى . (مثال من المشاركات) تطلب الباحثة من الأمهات العمل كمجموعات ثنائية بحيث تحاول كل واحدة تحديد مركز الضبط لديها بالتعاون مع زميلتها، ثم تستمع لبعض الإجابات من المشاركات قبل أن تطرح الفكرة التالية: كيف نحول أنفسنا من ذوي مركز ضبط خارجي إلى ذوي مركز ضبط داخلي؟ وتجيب الباحثة إنَّ هناك خطوتين أساسيتين لذلك وهما: ١– أن نحدد نقاط الضعف والقوة الكامنة فينا . ٢–أن نتعلم كيفية اختيار أهدافنا بشكل محدد وأن تكون لدينا معرفة جادة لقدراتنا واستعداداتنا الشخصية.
الإجراء الرابع (٥) د الواجب المنزلي	كيف أواجه الأفكار التالية: *الإعاقة أمر من عند الله، وبالتالي هو قدر لا أستطيع تغييره. *أترك موضوع اتخاذ القرارات المتعلقة بطفلي التوحدي لزوجي. *أهل زوجي يجبرونني على إيقاف موضوع تأهيل طفلي التوحدي.

الجلسة الرابعة عشرة : أهمية التعلم واكتساب خبرات جديدة (١).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، الدحض والتفنيد.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح معنى التعلم واكتساب معارف ومهارات جديدة في تعديل طريقة تفكيرنا.

٢- التعرف على خبرات الأمهات حول موضوع الواقعية.

٣- تعريف الأمهات بالعلاقة بين التفكير الإيجابي والانفتاح على الخبرات.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٢٥): توضيح معنى التعلم واكتساب خبرات جديدة	تبدأ الباحثة الشرح بالسؤال التالي: هل تتصورن وجود علاقة بين الإيجابية وبين الانفتاح على الخبرات الجديدة واكتساب معارف جديدة؟ وتستمع الباحثة إلى وجهات نظر المشاركات قبل أن تشرح بما يلي: إن ما يميز الشخص الإيجابي هو اتجاهاته الإيجابية نحو إمكانية التغير بما في ذلك من اهتمام بالمعرفة وحب التعلم، فالتفتح على ما هو جديد عامل مهم في تكوين سلوك إيجابي لدينا، وإذا كان المرء أسيراً لنموذج فكري محدد فإن هذا يجعل تفكيره سلبياً. وتكمل الباحثة: إن طريقة فهمنا للأمور تلعب دوراً مهماً في تحديد سلوكنا وأفعالنا تجاهها، فاكتسابنا معارف جديدة يساعدنا على تطوير رؤيتنا للأمور، وتحريرنا من أن نكون أسرى نموذج فكري محدد. وتستكمل الباحثة: مما لاشك فيه أن تطور المعرفة الإنسانية يقوم على الانفتاح على الخبرات الجديدة، مثلاً قوانين نيوتن عن الجاذبية بقيت قائمة سنوات طويلة، لكن آينشتاين فكر في الانفتاح على

مناقشة جماعية (١٠) د	خبرات جديدة واستطاع تجاوزها والخروج بالنظرية النسبية، وإذا عدنا إلى حياتنا اليومية فجميعنا مرّ بخبرة الاكتشاف، أي أننا قد نكون بقينا فترات طويلة أسرى فكرة معينة ثم اكتشفنا صورة مغايرة لها تماماً. ثم تطلب الباحثة من الأمهات المشاركة بمثال واقعي من حياتهن اليومية عما تمّ ذكره. **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الثالث (١٥) د العلاقة بين الانفتاح على الخبرات والتفكير الإيجابي	تبدأ الباحثة بالقول: قد يسألني البعض ما العلاقة بين التفكير الإيجابي والانفتاح على الخبرات؟ وهنا أجيب بأنّ تنمية التفكير الإيجابي يساعد الفرد على التقدم واكتساب مهارات التعلم، فهو وسيلة لاكتساب مهارات التعلم بسرعة لأنه يساعدنا على كيفية التركيز على المجالات البنّاءة فالتفكير الإيجابي هو تعليم لكيفية التركيز على المجالات البنّاءة والذي يكون له أثر إيجابي على التعلم مدى الحياة، كما أنه يؤدي إلى الرضا الشخصي. ومن هنا يمكن القول إنَّ الشخص الذي يفكر بطريقة إيجابية سيكون شخصاً منفتحاً ومحباً وقادراً على الانفتاح على الخبرات، ولا ننسَ أن العلاقة بين الانفتاح على الخبرات والتفكير الإيجابي علاقة متبادلة فكلما كان الشخص إيجابياً فإنه يكون أكثر انفتاحاً على الخبرات وكلما كان أكثر انفتاحاً على الخبرات يكون إيجابي التفكير أيضاً.
الإجراء الأخير (٥) د الختام والواجب البيتي	تطلب الباحثة من الأمهات ذكر موقف حصلت فيه الأم على خبرة جديدة تتعلق بابنها التوحدي وأثر ذلك في حياتها اليومية وحياة طفلها.

الجلسة الخامسة عشرة: أهمية التعلم واكتساب خبرات جديدة (٢).

<u>فنيات الجلسة:</u> المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح أثر التعلم والانفتاح على الخبرات في تنمية الإيجابية.

٢- دحض أفكار الأمهات الخاطئة وتفنيدها.

٣- التعريف بصفات الشخص الإيجابي المنفتح على الخبرات الجديدة.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٢٥): أثر التعلم والانفتاح على الخبرات في تنمية الإيجابية	تقول الباحثة: نستكمل اليوم حديثنا الذي بدأناه في الجلسة السابقة بالحديث عن أثر التعلم والانفتاح على الخبرات في تنمية الإيجابية، ونبدأ بالحديث عن التعلم. وتوّجه الباحثة السؤال التالي إلى المشاركات: ما تعريفكن للتعلم؟ تستمع الباحثة إلى إجابات الأمهات وتدونها على السبورة قبل أن تبدأ بالقول: التعلم عملية عقلية تنطوي على العديد من العمليات العقلية المعقدة مثل الانتباه، والإدراك، والتفكير بأنواعه المختلفة، والتذكر...وهذه العملية تتم داخل الفرد ونستدل على حدوثها من خلال آثارها (قد تكون هذه الآثار تحسّن في سلوك الفرد او زيادة في خبراته)، والتعلم تغيير موجب يتميز بصفة التقدم والتحسن والإضافة في المعرفة والخبرة، فعن طريق التعلم تقل أخطاء الفرد، ويزيد التنسيق، ويصبح الفرد أكثر قدرة على ابتكار أشياء وموضوعات أو تطويرها. تستكمل الباحثة: جميعنا يتذكر المقولة القديمة: الإنسان عدو ما يجهل، وهذا القول يعني أن قلة معرفتنا بالشيء تجعلنا نبتعد عنه وننظر إليه على أنه شيء سلبي، ومن الطبيعي أن نغير الكثير من وجهات نظرنا حول موضوع ما بعد اطلاعنا على تفاصيله بشكل

	كامل. وأعتقد أنكن كأمهات عشتن خبرات عديدة خلال تربية طفلكن التوحدي، فكم واحدة منكن تغيرت طريقة تفكيرها السلبية بعد الحصول على معلومات كافية عن طفلها وكيفية تدريبه؟ وتستمع الباحثة إلى إجابات بعض الأمهات. (مناقشة جماعية) ثم تنتقل الباحثة إلى الفكرة الثانية قائلة: يتميز عصرنا بأنه عصر المعلومات حيث أننا نلاحظ ثورة المعلومات الهائلة ومصادر المعلومات المتاحة. وتجدر الإشارة إلى أن اضطراب التوحد من الاضطرابات شائعة الحدوث في الوقت الحالي، ونحن كأسرة وكمختصين في حاجة للتعرف على الدراسات الحديثة في هذا المجال، وذلك كي نقف على الطرق الحديثة والفعّالة في التعامل مع هذا الطفل، ولعلّ اكتساب هذه المعلومات من شأنه أن يصل بنا إلى تفكير إيجابي، ويساعدنا على التخلص من السلبية في التفكير لأننا نكون قد حصلنا على كم من المعلومات يساعدنا على فهم الكثير من المشكلات التي تواجهنا مع هذا الطفل وحلها. من الضروري أن نعرف أنّ الإيجابية في التفكير تجعلنا أقدر على الانفتاح على الخبرات وهذا بدوره يساعدنا على فهم أفضل للمعلومات التي بين أيدينا، كما يجعلنا نختار الحلول العلمية الناجعة ويجعلنا أكثر ثقة بكلام المختصين. **استراحة ربع ساعة** توّجه الباحثة السؤال التالي إلى الأمهات المشاركات: ما الفائدة التي من الممكن أن يجنيها الطفل التوحدي وأسرته في حال تمّ إلحاق أسرته بدورات تدريبية تتعلق بالتوحد وكيفية التعامل معه؟ تستمع الباحثة إلى الأجوبة المطروحة، وتحاول تصحيح الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار صحيحة حول الموضوع.
الإجراء الثالث (١٥ د) مناقشة جماعية مع الدحض والتفنيد	
الإجراء الرابع (١٠ د) صفات الشخص المنفتح على الخبرات الجديدة	تنتقل الباحثة إلى الفكرة التالية وهي صفات الشخص المنفتح على الخبرات حيث تقول: من يمتلك صفة الانفتاح على الخبرات الجديدة هو شخص لديه

	الصفات التالية: ١- يبحث عن الأفكار الجديدة دائماً من مصادر متنوعة. ٢- يرحب بالحلول المبتكرة للمشكلات. ٣- يخلق أفكاراً جديدة. ٤- يتبنى اتجاهات حديثة ويتسم بالتفكير الناقد المغامر. ٥- يدرك الحاجة للتغيير وإزالة العقبات. ٦- يتحدى الثوابت ويعلن الحاجة للتغيير. ٧- يدافع عن التغيير ويدفع الآخرين إلى مساندته. وتضيف الباحثة: إن أصحاب التفكير الإيجابي يتميزون بالانفتاح على العلم في أي مشكلة وهم قادرون على التركيز على الجوانب التي تؤدي إلى تحديد المشكلة وحلها، لا التركيز على جوانب الفشل فيها، أي أنهم يؤمنون باعتقادات وقناعات راسخة. والفرد ذو التفكير الإيجابي المنفتح على الخبرات هو فرد قادر على تقويم أفكاره ومعتقداته، والتحكم فيها، وتوجيهها تجاه تحقيق ما توقعه من النتائج الناجحة، وتدعيم حل المشكلات، ومن خلال تكوين أنظمة ذات طابع تفاؤلي تسعى إلى الوصول لحل المشكلة.
الإجراء الأخير (٥) د الواجب البيتي	تشرح الباحثة الواجب البيتي حيث تقدم للمشاركات ورقةً مطبوعةً كُتب عليها المثال التالي: سوسن سيدة في الأربعين من عمرها، لديها ابنتان مصابتان بالتوحد (١٥) سنة و(٨) سنوات، سبق لسوسن أن أدرجت ابنتها الكبرى في مركز للتأهيل لكنها لم تستفد كثيراً، مما جعل الأم تستفيد من خبرتها السابقة مع طفلتها الكبرى وتعمل على عدم إلحاق ابنتها الصغرى بمركز للتأهيل، حيث أنها تعمل على تدريبها في المنزل بحجة أن سوسن قد أصبح لديها خبرة كافية في التعامل مع طفلة توحدية. ما رأيكن؟

الجلسة السادسة عشرة : تقبل الذات وأثره في تفكيرنا (١)

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح معنى تقبل الذات.

٢- التعريف بمصادر تقبل الذات.

٣- التعرف على أراء الأمهات وأفكارهن حول الموضوع المطروح.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٥) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٢٥ د): توضيح معنى تقبل الذات	تبدأ الباحثة الشرح بالسؤال التالي: ما المقصود بتقبل الذات من وجهة نظركن؟ وتدون الباحثة الأفكار التي تطرحها المشاركات على اللوح قبل أن تشرح معنى تقبل الذات بالقول: إن تقبل الفرد ذاته ومعرفة قيمتها يعنى الرضا بما يملك من إمكانيات وتجنب تحقير الذات أمام الآخرين بهدف الحصول على انتباههم أو عطفهم أو حتى مجرد لفت الأنظار. وتقبل الذات يتضمن جانباً كبيراً من العقلانية لأنك لا تتضايق وتتذمر من الأمور الخارجة عن إرادتك، كما يشجعك تقبلك ذاتك على المجازفات الهادفة لإقامة علاقات اجتماعية قائمة على الاحترام والحب المتبادل بالآخرين. ومن نعم الله علينا أننا قادرون على تقدير الذات أي أن يقيّم الفرد قدراته بشكل موضوعي، فمعرفة الإنسان قدراته يجعله يقيّم نفسه تقييما صحيحاً، وجميعنا يتذكر القول المأثور: رحم الله امرأ عرف قدر نفسه فوقف عنده.

	ومن الضروري أن نذكر أن تقبل الذات كما هي دون مبالغة أو تحقير أمرٌ ضروريٌ وينعكس بالضرورة على تقبل الآخرين لذواتنا. حيث أكد أحد الباحثين أن الفرد يستطيع أن يرى في الآخرين ما يراه في ذاته، وأكد عالم يدعى روجرز أن الفرد عندما يتقبل ذاته يتقبله الآخرون. أي أنّ مفهومي تقبل الذات والثقة هما مفهومان مترابطان. وتضيف الباحثة: تقبل الذات غير المشروط يعني عدم تقييمك لنفسك بل يعني تقييمك لسلوكياتك وتصرفاتك. وتكمل الباحثة: إن الخطوة الأولى قبل تقبل الذات هي تقدير الذات أي أن يقيّم الفرد قدراته بشكل موضوعي، فمعرفة الإنسان بقدراته يجعله يقيّم نفسه تقييماً صحيحاً، ومن نعم الله علينا أننا قادرون على تقدير الذات، وبعد التقييم الصحيح للذات الذي يعرّفنا بسلبياتنا وإيجابياتنا يمكننا تقبل ذاتنا الذي يتطلب منا قبول نقاط قوتنا وضعفنا كما هي، ولا بدّ من الإشارة إلى أن تقبل الذات هو الخطوة الأولى نحو التغيير الإيجابي لأن التغيير لا يحدث لدى الأشخاص الذين يخافون مواجهة سلبياتهم والتعرف على أخطائهم، فهؤلاء الأشخاص يخافون الفشل، وهذا يمنعهم من أخذ المخاطرة بالتغيير. **استراحة لمدة ربع ساعة**
مصادر تقبل الذات (١٥) د	توجه الباحثة السؤال التالي إلى المشاركات: من أين يأتي تقييمنا لذواتنا؟ وتستمع الباحثة للإجابات المطروحة وتصحح الخاطئة وتبدأ الباحثة الشرح بالقول : هناك عدة عوامل تدخل في تقبلنا لذواتنا، ومن أهمها: *خبرة الفرد: فالخبرات السلبية تترك تقبلاً سلبياً للذات على عكس الخبرات الإيجابية. *كيفية تفسيره لبيئة التي يعيش فيها. *والتقييمات من جانب الآخرين المهمين له في حياته.
الإجراء (١٥ د) مناقشة مثال مع	تذكر الباحثة المثال التالي: أم لطفل توحدي يبلغ (٥) سنوات،

المجموعة	حدثتنا عن وضعها بعد اكتشاف إعاقة طفلها فقد أصبحت تتجنب اصطحاب طفلها عند خروجها من المنزل، كما أصبحت تتشاجر كثيراً مع أهل زوجها نظراً لتعليقاتهم الدائمة حول وضع طفلها. كيف تنظر هذه الأم إلى ذاتها؟ وما النصائح التي يمكننا إسداؤها إليها؟ تستمع الباحثة لوجهات نظر المشاركات.
الإجراء الأخير (٥د) الختام وشرح الواجب البيتي	تطلب الباحثة من الأمهات ذكر نقاط سلبية تتعلق بنظرتها نحو ذاتها ثم استبدالها بأفكار إيجابية وذلك وفق النموذج التالي: أفكار سلبية عن ذاتي أفكار إيجابية عن ذاتي

الجلسة السابعة عشرة: تقبل الذات وأثره في تفكيرنا (٢).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- التعرف على أثر إعاقة الطفل على مفهوم الذات لدى الأمهات المشاركات.

٢- تعريف الأمهات بالإجراءات الضرورية لتقبل الذات.

٣- تعريف الأمهات بالأفكار التي تساعد على تقبل الذات.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (١٥) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني (١٥ د) مناقشة جماعية	توجه الباحثة السؤال التالي إلى الأمهات المشاركات: هل تعتقدين أنَّ إعاقة طفلك قد أثرت على مفهوم الذات لديك؟ وعلى تقبلك لها؟

	تستمع الباحثة إلى مشاركات الأمهات ثم تشرح: مما لا شك فيه أن الإعاقة تترك تأثيرها على مفهوم الذات لدى الوالدين اللذين يشعران بعدم الكفاءة نتيجة إنجابهما طفلاً معوقاً، كما أن نظرة المجتمع السلبية للإعاقة تسهم إلى حد كبير في تشكيل صورة سلبية للذات لدى الوالدين، ولكن هل يمكننا التغلب على هذه المشكلة؟
الإجراء الثالث (٢٠د) كيف نكون أكثر تقبلاً لذواتنا؟	وتتابع الباحثة: يمكننا بالتأكيد، وذلك من خلال بعض الخطوات وهي: ١-أن تكوني محبة لذاتك ولا تمانعين أبداً أن نعرف أنك مهتمة بذاتك. ٢-ألّا تتوقفي عن التعرف على ذاتك ما دمت تتطورين. ٣-أن تعرفي ما تريدين، وألاّ تخافي من الاستمرار في وضع أهداف جديدة لنفسك. ٤-أن تفكري بإيجابية، وألاّ تشعري بالاستسلام تحت وطأة المشكلات التي تواجهك. ٥-أن تتصرفي بإيجابية، وأن تعرفي أي سلوك يناسب كل موقف فردي.
	استراحة لمدة ربع ساعة
الإجراء الثالث (٢٠) د أفكار تساعدنا على تقبل الذات	تقول الباحثة: سأطرح بعض الجمل عليكن لمناقشتها معاً وتصنيفها ضمن الجدول التالي: أفكار إيجابية تساعد على تقبل الذات، أفكار سلبية لا تساعد على تقبل الذات وهذه الأفكار هي: • أنا لم أكن شخصاً سيئاً حين تصرفت بسوء. • أستطيع تقبل نفسي سواء ربحت، نجحت أو خسرت. • لدي الكثير من الأخطاء التي أستطيع تصحيحها دون أن أقوم بجلد الذات. • تقبلي ذاتي على أني شخص عادي [أفضل من تقبلي ذاتي على أني شخص ذو قدرات خارقة.

	• لست شخصاً غبياً على الرغم من قيامي ببعض التصرفات الغبية أحياناً. • أستطيع تحمّل مسؤولية أخطائي. • من الغباء أن أقيّم نفسي من خلال آراء الآخرين وتقييمهم لي. • أستطيع أن أرى نفسي كجزء منفصل عن آراء الآخرين فيّ. • النجاح لا يصنع مني شخصاً جيداً، بإمكاني أن أكون شخصاً جيداً حتى إذا فشلت في بعض المحاولات. • الفشل في بعض المحاولات لا يجعل مني شخصاً فاشلاً. وتطلب الباحثة من الأمهات ملء الجدول وتتم مناقشة الأفكار مع المشاركات.
الإجراء الأخير (٥د) الختام وشرح الواجب البيتي	تطلب الباحثة من كلٍ من الأمهات ذكر نقاط سلبية تتعلق بنظرتها نحو ذاتها ثم استبدالها بأفكار إيجابية.

الجلسة الثامنة عشرة: المجازفات الإيجابية (١).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، الدحض والتفنيد.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح مفهوم المجازفة والمخاطرة المحسوبة .

٢- التعرف على خبرات واقعية للأمهات.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات

	تبدأ الباحثة الشرح بالسؤال التالي: من منكن تعتبر نفسها مجازفة؟ ولماذا؟ تستمع الباحثة لأفكار المشاركات، ثم تشرح: الكثيرون منا يتميزون بروح المغامرة والمخاطرة، وقد نجد ذلك أوضح في المجتمعات الغربية التي لا تضع قيوداً على الأفكار الغريبة لأفرادها، وتختلف ردود الفعل تجاه المخاطرة، فالبعض منا مثلاً قد يستغرب من تسلق شخص كفيف مثلاً قمة إيفرست وآخرون قد يعتبرونه ضرباً من الجنون، بينما قد يجده البعض الآخر سلوكاً إيجابياً. وتسأل الباحثة المشاركات: هل تتطلب حياتنا مجازفات؟ وهل تعتبر المجازفة أمراً إيجابياً؟ تستمع الباحثة لأفكار المشاركات وتدونها على السبورة. تقول الباحثة: إن المخاطرة المحسوبة هي طريقة جديدة يؤكد الباحثون أنها أمر إيجابي في تحسين نوعية الحياة لدى الأفراد وتحسين صحتهم النفسية والعقلية، و يمكن تعريفها بأنها طريقة تعتمد على موازنة السلبيات والإيجابيات لنمط الموقف الخطر وطبيعته ، أي أنها تتطلب أخذ المخاطرة لكن بشكل مدروس، حيث تنظر هذه الفكرة إلى أن حياتنا تنطوي على المخاطرة بشكل أو بآخر، والخطر شيء لابد من وجوده، وهدفنا ليس التخلص من الخطر بل تخفيف آثاره قدر الإمكان. إن المخاطرة المحسوبة تعني أن يكون الفرد على دراية بأن الفعل الذي يقوم به يتضمن جزءاً خطراً، وهذا الخطر لا يمكن التخلص منه نهائياً. هذا يتطلب من الشخص أن ينتبه لنواحي الخطر الذي يتضمنه قراره، وإجراء موازنة بين النواحي الخطرة

	والنواحي غير الخطرة في قراره. يمكن القول أن أغلب أوجه حياتنا تتضمن مخاطرة، لا سيّما حين نكون في صدد إحداث تغييرات مهمة في حياتنا، إنّ الأشخاص ذوي التفكير الإيجابي يتسمون بقدرات أعلى من حيث حب الاستطلاع والرغبة في اكتشاف المجهول وتقبل الغموض، ومن ثم يكونون أكثرا قدرة على اتخاذ القرارات الإيجابية الفعالة والمجازفة المحسوبة. ولهذا نجدهم مثلا: يفضّلون الأعمال التي تتطلب التفكير واتخاذ القرارات أكثر من الأعمال الروتينية المعتادة، وأصدقاؤهم ومعارفهم ويفضلون النشاطات الإبداعية التي تتطلب قدراً مرتفعاً من الأصالة والابتكار، ويطورون مناخاً أسرياً يسمح لمن حولهم بالنمو والتنوع وحب الاستطلاع، ويقدرون على اتخاذ قرارات مهمة هي التي تصفهم بالإيجابية والفاعلية. والشخص الإيجابي هو الذي يجازف بشكل محسوب، وحين يكون الشخص في حالة نفسية جيدة يكون لديه ميل للتفكير الإيجابي المتفائل عند رسم الخطط أو اتخاذ القرارات. ويمكن القول ان المخاطرة المحسوبة تكشف عن أسلوب حياة الإنسان الذي يتبناه، ويهدف من ذلك إلى الرغبة في التفوق والسيطرة والتميز عن الآخرين، ويكون إقدامه على المخاطرة بناء على دوافع إيجابية. **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الثاني(٣٠): توضيح معنى المجازفات المحسوبة	
الإجراء الثالث (٢٠ د) مناقشة جماعية	تطلب الباحثة من الأمهات الحديث عن مواقف حياتية عامة سبق أن مررن بها وتطلبت مغامرة منهن، وتتم

الإجراء الرابع (٥د) الواجب البيتي	مناقشة الأفكار المطروحة مع المشاركات. تطلب الباحثة من الأمهات ذكر مواقف مررن بها مرتبطة بإعاقة الطفل التوحدي تضمنت مجازفة محسوبة مع ذكر نتائج القيام بهذه المجازفات.

الجلسة التاسعة عشرة: المجازفات الإيجابية (٢).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، الدحض والتفنيد.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- التعريف بمهارات المخاطرة المحسوبة.

٢- دحض الأفكار الخاطئة وتفنيدها.

٣- شرح الفروق بين الاندفاع والطيش.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٢٥ د): مهارات المخاطرة المحسوبة	تبدأ الباحثة بالقول: كثيرون منا يعتقدون أنفسهم أشخاصاً مغامرين، وقد لا يكونون كذلك، ويمكن القول إنّ فكرة المغامرة المحسوبة ترتبط بالموقف بالدرجة الأولى، فهناك مواقف تتطلب مغامرة وأخرى قد لا تتطلب الدرجة ذاتها من المغامرة، وحتى الأشخاص منهم من يكون قادراً على أن يأخذ قرار المخاطرة المحسوبة، وآخرون قد

	يكونون أميل إلى فكرة القرارات ذات النتائج المضمونة المجربة. ثم توجه الباحثة السؤال إلى الأمهات المشاركات: من أي نوع أنت؟ وتستمع الباحثة إلى الأمهات. تستكمل الباحثة: هناك مهارات معينة نجدها لدى الأشخاص الذين يفضلون المغامرة المحسوبة، هي: ١- يدركون الحاجة للتغيير وإزالة العقبات. ٢- يتحدون الثوابت. ٣- يدافعون عن التغيير ويدفعون الآخرين إلى مساندته. ثم تعيد الباحثة السؤال السابق نفسه الذي طرحته على الأمهات وتقول: والآن بعد طرح هذه المهارات من أي نوع أنت؟ وتستمع من جديد إلى الأمهات
الإجراء الثالث (١٥ د) مناقشة جماعية ودحض وتفنيد	**استراحة لمدة ربع ساعة** توجه الباحثة السؤال التالي إلى الأمهات: هل تعتقدين بأن إعاقة طفلك التوحدي تمنعك من المجازفة الإيجابية ولماذا؟ تستمع الباحثة لآراء الأمهات وتحاول تصحيح الأفكار الخاطئة منها.
الإجراء الرابع(١٠ د) توضيح الفروق بين الاندفاع والطيش	تشرح الباحثة: لا بد لنا من التأكيد على فكرة المجازفة المحسوبة التي تعتمد بشكل أساسي على دراسة معمقة للنتائج قبل المجازفة، وهذا ما يميزها عن الاندفاع والطيش الذي يقوم الفرد فيه باتخاذ قرارات أو التصرف في المواقف دون الأخذ بالحسبان ما يمكن أن تؤول إليه النتائج. ولا بد لنا من التركيز على فكرة أن الشخص الإيجابي هو الذي يدرس نتائج الفعل قبل القيام به. ولعلنا كأفراد قد مررنا بقرارات طائشة أحياناً وقرارات مدروسة أحياناً أخرى. ثم تطلب الباحثة من الأمهات إعطاء أمثله عن قرارات طائشة مررن

	بها خلال حياتهن.
الإجراء السادس (٥د) الواجب البيتي	تطلب الباحثة من الأمهات تخيل مواقف مرتبطة بإعاقة الطفل التوحدي، وتطلب منهن اتخاذ قرار، حيث يكون على كل أم أن تتخذ قرارين أحدهما طائش والآخر يتضمن مخاطرة محسوبة مع شرح مفصل لهما.

الجلسة العشرون: القدرة على تحمل المعاناة.

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، الدحض والتفنيد.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- توضيح معنى القدرة على تحمل المعاناة.

٢- التعرف على آراء الأمهات وأفكارهن من خلال مثال مطروح.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٣٠): توضيح معنى القدرة على تحمل المعاناة	تبدأ الباحثة شرحها بالقول: هل يوجد إنسان في هذا العالم لم يختبر معاناة ما؟ ما الغاية من معاناة الإنسان في هذه الحياة؟ تستمع الباحثة لإجابات المشاركات ثم تبدأ شرحها بالقول: من الطبيعي أن يمر كل إنسان بخبرات قاسية تسبب له معاناة، وقد يختلف تفسير المعاناة تبعاً للأشخاص، كما تختلف أيضاً ردود أفعال الأشخاص تجاه المعاناة. ولعل المعاناة أمر لابدّ من ترافقه مع أحداث الحياة، ولا احد على كوكب الأرض مستثنى من المعاناة حتى الأنبياء والرسل.

	وما نعنيه بالقدرة على تحمل المعاناة هو قدرة الفرد على مواجهة ضغوط الحياة بشكل عام أو الضغوط التي تنطوي عليها مواقف الحياة بشكل خاص، وذلك عن طريق ضبط الانفعالات السلبية المتولدة عن تلك الضغوط وتحويلها إلى سلوك إيجابي لمواجهتها، عوضاً عن اللجوء إلى الأساليب الهروبية بما يؤدي في النهاية إلى التغلب على تلك الضغوط. ويمكن القول إنّ هناك موقفين بارزين للتعامل مع الشدائد والمحن، الأول لا يسمح لأصحابه بالانكسار مهما بلغت شدتها، والثاني يغلب على صاحبه الانكسار ويتبعه اكتئاب وانسحاب من الواقع. وترى إحدى الدراسات أن هناك نمطين من التفكير: تفكير الفرصة: أي ان الشخص يركز على الأسباب التي قد تجعله يخاطر ويثابر من اجل تحقيق ذلك، وتفكير العقبة حيث يستسلم الشخص الذي يركز على تفكير العقبة ويتراجع عن مواجهة المشكلة. ثم توجه الباحثة السؤال للأمهات المشاركات: ما نمط التفكير لديكن؟ وتستمع لأجوبة المشاركات. **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الثالث(٢٠ د) **مناقشة جماعية لمثال**	تطرح الباحثة المثال التالي: مريم سيدة متزوجة من ابن عمها ورزقت بأربعة أطفال كلهم يعانون من مشاكل مختلفة، فالطفل الأكبر لديه ضمور دماغي أدى إلى تخلف عقلي لديه، والابن الثاني لديه صعوبات تعلم، أما الثالث فلديه مرض فقر الدم المنجلي، والطفل الأصغر لديه مشاكل نطقية؟ تشعر مريم بأنها غير قادرة على تحمل وضعها؟ وتفكر بالانتحار ما رأيكن؟

	تستمع الباحثة لوجهات نظر المشاركات.
الإجراء الأخير (٥د) شرح الواجب البيتي	تطلب الباحثة من الأمهات إعطاء مثالٍ عن معاناة يعشنها بسبب إعاقة أطفالهن، واقتراح طرق تساعد على تحمّل تلك المعاناة.

الجلسة الحادية والعشرون: القدرة على تحمل المعاناة (٢).

فنيات الجلسة: المحاضرة، المناقشة، التعزيز الإيجابي، الدحض والتفنيد.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- شرح الأساليب الهروبية التي تحدّ من قدرتنا على تحمّل المعاناة.

٢- التعرف على أفكار الأمهات من خلال طرح أمثلة واقعية.

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.
الإجراء الثاني(٢٠ د) مناقشة مثال واقعي	تطلب الباحثة من أم لأطفال معوقين الحضور إلى الجلسة لتتحدث للأمهات عن تجربتها مع أطفالها . (الأم المذكورة هي أم لتوأم خماسي لديهم إعاقة بصرية، الأطفال مدرجون في مركز الإعاقة البصرية في منظمة آمال، وهم الآن في وضع جيد جداً، يُطلب من الأم الحضور إلى الجلسة وسرد قصتها الناجحة مع أطفالها). **استراحة لمدة ربع ساعة**
الإجراء الثالث(٣٠ د): شرح الأساليب الهروبية عند عدم القدرة على تحمل المعاناة.	تبدأ الباحثة الشرح بالقول: لكل منا طريقته في الاستجابة للمواقف الضاغطة، والقدرة على تحمل المعاناة هي أمر نسبي، فما قد أراه معاناة قد يراه غيري أمراً عادياً يمكن احتماله. وتطرح الباحثة المثال التالي: من منكن تعتبر انقطاع التيار الكهربائي حدثاً جللاً؟ وتستمع

للإجابات وتقارن بين أكثر من إجابة لتوضح الفكرة. وتكمل الباحثة: هذا الموضوع ينسحب على أغلب أحداث حياتنا، فإذا تحدثنا عن الإعاقة مثلاً فجميعنا يعرف أنَّ الإعاقة كحدث ضاغط تفرض على الوالدين تحمّل الكثير من المعاناة، وقد يكون البعض قادراً على تحملها والبعض الآخر غير قادر مما يدفع به إلى اللجوء إلى أساليب هروبيه وسنوضح هنا ما هي هذه الأساليب: **أسلوب الانسحاب الاجتماعي:** وهي السلوكيات التي تتضمن انفصال الفرد عن الأشياء أو عن الآخرين والانسحاب من الأنشطة التي كانت تبدو مفيدة. ثم تطلب الباحثة من إحدى الأمهات مثالاً واقعياً. **أسلوب العدوان:** إلحاق الأذى المادي بالأفراد و الأشياء، كما يتضمن الأذى اللفظي كتوجيه الشتائم إلى الآخرين. ثم تطلب الباحثة من إحدى الأمهات مثالاً واقعياً. **أسلوب المماطلة:** ويظهر ذلك في تأخير تأدية المهمات الرئيسة، والقيام بأمور أخرى غير ضرورية. ثم تطلب الباحثة من إحدى الأمهات مثالاً واقعياً. **أسلوب تجاهل المشكلة:** فيه يسلك الفرد أسلوب الهرب أو ادعاء عدم وجود مشكلة، والإصرار على أن الأمور تسير على ما يرام مع أنها عكس ذلك. ثم تطلب الباحثة من إحدى الأمهات مثالاً واقعياً. **أسلوب الإذعان:** وهو أسلوب اللجوء إلى الآخرين في كل أمر، إذ يبحث عمن يتبناه، ويتصرف بسلبية واتكالية. ثم تطلب الباحثة من إحدى الأمهات مثالاً واقعياً. **أسلوب التحول عن الموقف:** وهي السلوكيات التي تساعد في تأجيل الحاجة إلى التعامل مع المواقف الضاغطة والبحث عن بدائل أخرى. ثم تطلب الباحثة مثال واقعي من إحدى الأمهات. **ممارسة عادات غير تكيفية:** كالإدمان على الكحول والبحث عن المهدئات، و قضم الأظافر...	

	أسلوب لوم الذات: وهنا يجزم الفرد أنّه هو من أوقع نفسه في الموقف الضاغط. ثم تطلب الباحثة من إحدى الأمهات مثالاً واقعياً. **أسلوب الانسحاب النفسي:** وهنا يكون التعامل مع الموقف من خلال الانفصال الذهني أو الخيال. ثم تطلب الباحثة من إحدى الأمهات مثالاً واقعياً.
الإجراء الخامس (٥د) شرح الواجب البيتي	تشرح الباحثة المثال التالي: سوزان امرأة جميلة، وتحمل شهادة جامعية وتعمل في إحدى الشركات الراقية، أنجبت توأمين مصابين بالتوحد. ضعي أفكاراً لأساليب هروبيه يمكن أن تقوم بها سوزان. وأفكاراً إيجابية تساعدها على تحمل معاناتها.

الجلسة الثانية والعشرون: جلسة تقييمية للبرنامج التدريبي.

فنيات الجلسة: المناقشة، التعزيز الإيجابي.

مدة الجلسة: ساعة ونصف.

أهداف الجلسة: تتضمن أهداف الجلسة مايلي:

١- شكر الأمهات المشاركات على مشاركتهن الفعالة في البرنامج وتقويم البرنامج التدريبي.

٢- تطبيق القياس البعدي (مقياس الضغوط النفسية، ومقياس التفكير الإيجابي).

الأهداف	دور الباحثة
الإجراء الأول: (٢٠) د مناقشة الواجب البيتي السابق.	تناقش الباحثة الأمهات المشاركات في الواجب المنزلي السابق حيث تطلب من إحدى الأمهات أن تشرح ما كتبته ثم تعلّق الباحثة وتستمع لتعليقات المشاركات.

الإجراء الثاني(٢٠): شكر الأمهات	تشكر الباحثة الأمهات المشاركات وتقول: شكراً لكن على التزامكن بجلسات البرنامج، وأتمنى أن أكون قد وفقت في تقديم ما يفيد كن، وأتوجه بالشكر أيضاً لكل من ساهم في إنجاح جلسات البرنامج، وأود أن أحصل منكن على آرائكن حول البرنامج ومدى استفادتكن منه وذلك من خلال الإجابة على النموذج التالي. وتستمع الباحثة إلى آراء الأمهات المشاركات حول إيجابيات البرنامج وسلبياته.
الإجراء الثالث(٥٠ د) القياس البعدي	تقول الباحثة: سنقوم بإجراء تقييم وذلك كي نتأكد من فاعلية البرنامج، وأرجو منكن الآن تعبئة النموذجين المرفقين بما ينسجم مع رأيكن حول كل عبارة من العبارات.

Damascus University

Faculty of Education

Department of Special Education

The Effectiveness of A Training Programe Based on Developing Some Positive Thinking Skills in Decreasing Psychological Stresses of Mothers of Children with Autism

An experimental study on a sample of mother of children with autism in Damascus city

A Thesis Presented to Obtain the Doctorate Degree in Special Education

Prepared by

Nesreen Nabeeh Melhem

Supervisor

Dr. Bassam AL-Taweel

Assistant Professor in
the second faculty of Education
in Swaidaa

Co-Supervisor

Dr. Laila AL - Shareef

Assistant Professor in
Psychological
Counseling Department

Damascus $\frac{m2013-2014}{h1435-1436}$

Abstract

Introduction to the study and its problem:

Disability causes many impact in various aspects of life of the disabled child and his family, we found the most psychological stress is on the mother who works harder in raising the child. And that makes her in need for help in order to accept this child and go beyond crisis -related disability . the new researches concentrate on the mother coping with disability, instead of studying the psychological stress experienced by the mothers, where the researchers concentrate on the importance and effectiveness of teaching the mother the positive coping strategies to help her reduce the negative aspect of stressors accompanied with child disability, and that help the family in developing and increasing the child learning. Having a disabled child in general, and an autistic child in particular causes problems, social and psychological stress, which requires positive thinking skills to reduce these stressors, for that the researcher designed training program based on developing psychological stress to reduce psychological stress for mothers of autistic children. Specifically, the study problem is: What is the effectiveness of training program based on some positive thinking skills in reducing the level of psychological stressors of sample of mothers of autistic children.

The purpose of study:

- Preparing two scales: positive thinking skills, and psychological stress to assess the levels of psychological stress and positive thinking skills for the sample before and after training program implementing.
- Preparing training program based on techniques(lecture, group discussion, refutation, homework, and feedback) to train mothers on some positive thinking skills (positive expectations, optimism and emotional adjustment, self-acceptance, love of learning, positive risks, endure suffering, and control emotions. To reduce psychological stressors.

- Detection of effectiveness of training program after implementing in developing some positive thinking skills of mothers of autistic children.
- Detection of ongoing effectiveness of training program in developing some positive thinking skills of mothers of autistic children after one month.

Study Tools:

1-Scale of positive thinking (prepared by the researcher), validity and reliability were verified.

2- Scale of psychological stress (prepared by the researcher) validity and reliability were verified.

3- training program for developing some positive thinking skills in reducing psychological stress in mothers of children with autism (prepared by the researcher) validity and reliability were verified.

The study sample:

The sample of the study consists of (24) mothers of children with autism enrolled in the Syrian Organization for disabled, they were divided into two similar groups: (12) mothers in experimental group, and (12) mothers in control group.

Methodology of the study:

The researcher use the experimental approach to know the effectiveness of the training program as a independent variable for developing the skills of some positive thinking and reduce the level of psychological stress as dependent variable . This is measured through differences in the score of mothers of children with autism (experimental and control groups) on the scales used in the current study

Procedures for the implementation of the study:

The study tools were designed and verification of validity and reliability were verified, then the study sample was selected and divided into two similar groups: experimental and a control groups, each one consists of (12) of mothers of children with autism, The training program were implemented on the experimental group between the

period of (17/3 / 2013 until 19/05/2013) with two sessions a week , and the second test were implemented between (19-20/5/2013) , the posttest were implemented after one month. the results were analyzed using the (spss program).

The results of the study:

1-The first result : Significant differences between the means of the experimental group and the control group on the total score of the scale of positive thinking and sub- scale after the implementation of the training program for the mothers of the experimental group.

2-The second result:Significant differences between the means of the experimental group on a scale of positive thinking skills before implementing and after the training program for the post implementation .

3-The third result: No significant differences between the means of experimental group on the scale of positive thinking skills and it's sub-fields in the two measurements posttest and delayed" .

4-Fourth result: Significant differences between the means of the experimental group and the mean of control group on the total score of psychological stress scale and it's sub- fields after the implementation of the training program for the mothers of the experimental group.

5-Fifth result: Significant differences between the means of the experimental group on a psychological stress scale before and after implementing the training program for the post implementation.

6-Sixth result: Significant differences between the means of mothers of experimental group on the total score of psychological stress scale for the post implementation, and no Significant differences between the means of mothers of experimental group on all dimensions of the scale between the post and delayed implementation.